

tzb

Thüringer
Zahnärzte
Blatt

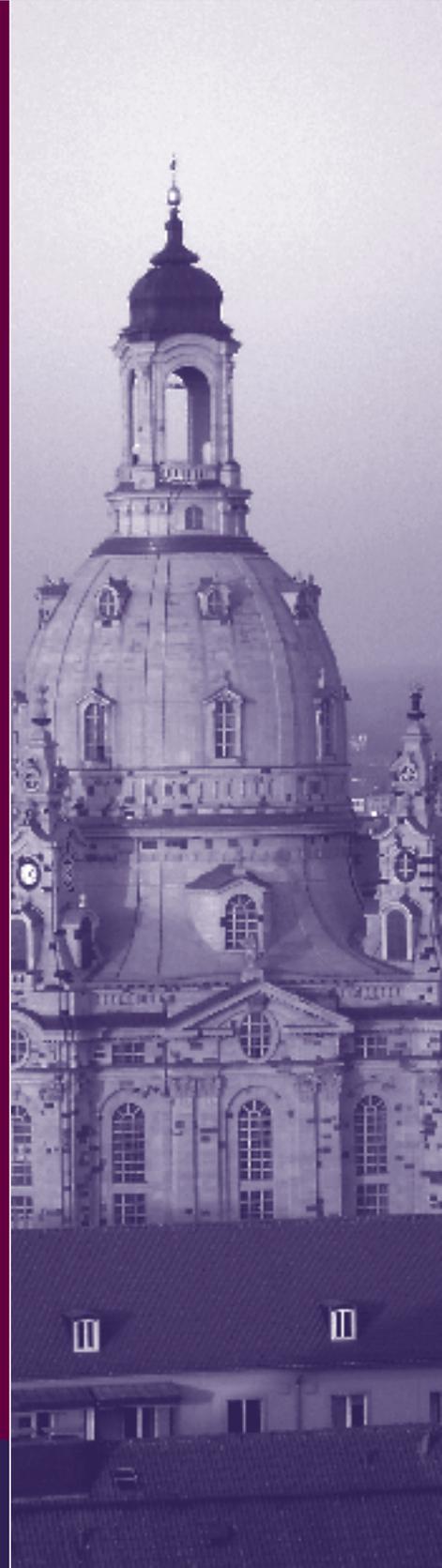
ISSN: 0939-5687 Ausgabe 12|2005

Gegen Gleichmacherei bei Arztgebühren

Lesen Sie ab S. 6

Die Frauenkirche und die Zahnärzte

S. 9



Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

drei Monate sind seit der Bundestagswahl mit ihrem kuriosen Ausgang vergangen. Im Grunde eine kurze Zeit, aber immerhin doch lang genug für Politiker, fast vollständig von retrograder Amnesie heimgesucht zu werden. Ich meine damit, wir erleben die klassische Neuauflage des Slogans „Was stört mich mein Geschwätz von gestern“.

Die ehemals erbitterten Konkurrenten haben sich plötzlich lieb und gemeinsam beschließen sie im neuen Koalitionsvertrag genau das, was sie unlängst noch im Wahlprogramm des politischen Mitbewerbers gegenseitig als Gift für Deutschlands Zukunft ausgemacht und gebrandmarkt hatten.

Die SPD bezeichnete die Mehrwertsteuererhöhung auf 18 Prozent als konjunkturtödliche „Merkelsteuer“. Wahrscheinlich aber nur deshalb, weil ihr 18 Prozent nicht gereicht hatten. So hat man sich eben auf 19 Prozent geeinigt.

Die CDU ging mit Prof. Kirchhoff ins Rennen, um steuerlich alles zu vereinfachen und eine Wende in der Steuerpolitik herbei zu führen. Da war ihr die „Reichensteuer“ der Neid und sozialen Unfrieden schürenden SPD-Genossen noch ein rotes Tuch. Jetzt haben wir aber alles beides und noch viel mehr, respektive eigentlich viel weniger, jedenfalls im Portmonee.

Die Grundfrage unserer Gesellschaft, die sich jedem vernünftigen, ökonomisch denkenden Menschen aufdrängt, wird in dem Koalitionsvertrag nicht einmal erwähnt! Niemand hat sich mit dem Thema beschäftigt, wo soll sich der Staat zurückziehen, weil das Geld für seine tatsächlichen oder vermeintlichen Aufgaben nicht mehr ausreicht. Wo kann man durch Deregulierung in allen Bereichen der Gesellschaft unnötige Bürokratie abbauen und Kosten spa-

ren. Man darf dann allerdings nie die Frösche fragen, wie man den Teich trocken legen kann. Der einzige Lichtblick dabei ist eigentlich nur die Tatsache, dass seit längerer Zeit keiner der deutschen Spitzenpolitiker mehr seine Verwunderung über die Politikverdrossenheit unseres Volkes zum Ausdruck gebracht hat. Das Ausland versteht das alles nicht mehr, ich auch nicht.

Kommen wir zur Gerechtigkeit, die in einigen Bereichen ohnehin schon schwer zu fassen ist. Bei sozialer Gerechtigkeit wird es dann aber völlig konfus. Allgemein verstehen es wohl sehr viele so, dass diejenigen, die nach geltendem Recht etwas mehr verdienen, davon denen, die nach dem gleichen Recht weniger verdienen, so viel abgeben, dass es allen ähnlich gleich gut geht. Die einen werden diesen in Deutschland weit verbreiteten Grundsatz gerecht finden, die anderen halt nicht. So ist das mit der sozialen Gerechtigkeit. Wenn man bedenkt, dass nach statistischem Bundesamt in unserem Land 20,4 Millionen Haushalte am unteren Ende der Steuerprogression 34 Milliarden Euro Steuern zahlen und 100 000 Haushalte am oberen Ende 30 Milliarden Euro, dann ist der Ruf, endlich von den Reichen einen kleinen Akt der Solidarität einzufordern, der längst überfällig sei, bestenfalls noch als dümmlich zu bezeichnen. Allerdings nur dann, wenn man den Politikern unterstellt, sie würden es nicht besser wissen.

Die Gesundheitspolitik ist in dem Koalitionspapier vertagt worden. Darüber werden die Parteien im nächsten Jahr befinden. Der Grundtenor ist allerdings schon erkennbar. Es soll alles noch viel besser und dabei auch nachhaltig werden. Und mir scheint es, dass beide Seiten davon ausgehen, dass das nur gelingt, wenn die Kosten dazu drastisch gesenkt werden.



Wörtlich im Koalitionsvertrag: „Wir werden das ärztliche Vergütungssystem fortentwickeln und vereinfachen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung aller Versicherten in der GKV auch in Zukunft zu gewährleisten.“ Ich hoffe, damit ist nicht gemeint, dass wir mehr am Patienten behandeln können, weil wir viel schneller mit dem Zählen des Honorars fertig sind.

Der US-Präsident Abraham Lincoln hat vor 150 Jahren Folgendes gesagt:

*„Ihr werdet die Schwachen nicht stärken,
indem ihr die Starken schwächt.“*

Ihr werdet denen, die ihren Lebensunterhalt verdienen müssen, nicht helfen, indem ihr die ruiniert, die sie bezahlen.

*Ihr werdet keine Brüderlichkeit schaffen,
indem ihr Klassenhass schürt.*

*Ihr werdet den Armen nicht helfen,
indem ihr die Reichen ausmerzt.*

Ihr werdet mit Sicherheit in Schwierigkeiten kommen, wenn ihr mehr ausgebt, als ihr verdient.

Ihr werdet kein Interesse an öffentlichen Angelegenheiten und keinen Enthusiasmus wecken, wenn ihr dem Einzelnen seine Initiative und seine Freiheit nehmt.

Ihr könnt den Menschen nie auf Dauer helfen, wenn ihr für sie tut, was sie selber für sich tun sollten und können.“

*Ihr Dr. Karl-Friedrich Rommel
Vorsitzender der KZV Thüringen*

Thüringer Zahnärzte Blatt

Impressum

Offizielles Mitteilungsblatt der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen

Herausgeber:

Landes Zahnärztekammer Thüringen und Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Redaktion:

Dr. Gottfried Wolf (v.i.S.d.P. für Beiträge der LZKTh)

Dr. Karl-Friedrich Rommel (v.i.S.d.P. für Beiträge der KZVTh)
Katrin Zeiß

Anschrift der Redaktion:

Landes Zahnärztekammer Thüringen, Barbarossahof 16, 99092 Erfurt,
Tel.: 0361/74 32-136,
Fax: 0361/74 32-150,
E-Mail: ptz@lzkth.de,
webmaster@kzv-thueringen.de
Internet: www.lzkth.de

Die Redaktion behält sich das Recht vor, Leserbriefe zu kürzen. Als Leserbriefe gekennzeichnete Beiträge und wörtliche Zitate müssen nicht die Meinung der Herausgeber darstellen. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Unterlagen und Fotos wird keine Gewähr übernommen.

Anzeigenannahme und -verwaltung:

Werbeagentur und Verlag Kleine Arche, Holbeinstr. 73, 99096 Erfurt, Tel.: 03 61/7 46 74 -80, Fax: -85, E-Mail: tzb@kleinearche.de, Internet: www.kleinearche.de

z.Z. gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6 vom 1.8.2004

Anzeigenleitung:

Wolfgang Klaus
Anzeigen und Prospekte stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar.

Gesamtherstellung/Satz/Layout:

WA Kleine Arche

Druck und Buchbinderei:

Druckhaus Gera GmbH

Titelbild: Dr. Gottfried Wolf

Einzelheftpreis: 3,50 €
Versandkosten: 1,00 €
Jahresabo: 49,50 € inkl. MwSt.

Januar-Ausgabe 2006:

Redaktionsschluss: 23.12.2005
Anzeigenschluss: 23.12.2005

Editorial	3
-----------	---

LZKTh

<i>Gegen Gleichmacherei bei Arztgebühren</i>	6
<i>Beschlüsse der Kammerversammlung</i>	8
<i>Die Frauenkirche und die Zahnärzte</i>	9
<i>Sozialversicherungsbeiträge ab 2006 früher fällig</i>	10

KZV

<i>Eckpunkte fürs Qualitätsmanagement</i>	11
<i>Gruppenversicherung für KZV-Mitglieder zahlt sich aus</i>	12
<i>Ausschreibungen</i>	12
<i>Mehr Berufskunde für künftige Zahnärzte</i>	14
<i>Zweitmeinung zu Zahnersatz</i>	14

Laudatio	15
----------	----

Veranstaltungen

<i>Pflegebedürftige und Mundgesundheit</i>	16
<i>Zahnärzteschaft schreibt neues Konzept fest</i>	16
<i>Kammern Grundpfeiler der Freiberuflichkeit</i>	18
<i>Verbandsfusion beim Praxispersonal</i>	19

Universität

<i>Lehrstuhl für Kieferorthopädie neu besetzt</i>	20
<i>Zahnfreundliche Süßigkeiten im Test</i>	20

Fortbildung

<i>Kombinierte regenerative Therapie</i>	21
<i>Therapieerfolge langfristig sichern</i>	28
<i>Forschungspreise von Fachgesellschaften</i>	30

Bücher	31
--------	----

Gesundheitspolitik

<i>KZBV: Festzuschuss-System ist stimmig</i>	33
<i>Warnung an Politik: „Tafelsilber nicht ruinieren“</i>	35
<i>Auch Großeltern benötigen Zahnaufklärung</i>	36
<i>Mehr HIV-Infektionen in Deutschland</i>	36

Info

<i>Arznei-Fachinformationen oft lückenhaft</i>	37
<i>UNICEF-Hilfe für Aids-Kinder</i>	37

Meinung	38
---------	----

Freizeit	45
----------	----



Gegen Gleichmacherei bei Arztgebühren

Resolution der Kammerversammlung – Haushalt 2006 beschlossen

Erfurt (nz). Die Landeszahnärztekammer Thüringen hat sich in die jüngst entflammte Debatte um die unterschiedliche Vergütung medizinischer Leistungen für gesetzlich und privat Krankenversicherte eingebracht. Die Kammerversammlung stimmte auf ihrer Herbstsitzung einer Resolution des Freien Verbandes zu, in der eine variable Gebührenordnung mit freiheitlichen Öffnungsmöglichkeiten in der Zahnmedizin gefordert und als Schritt zu mehr Behandlungsfreiheit der Ausbau befundorientierter Festzuschüsse vorgeschlagen wird. Zugleich lehnt die Resolution eine staatlich verordnete Behandlungspflicht für Zahnärzte gegenüber ihren Patienten ab.

Hauptsächlich diente die Herbstsitzung aber dazu, die Landeszahnärztekammer finanziell fit für das nächste Jahr zu machen. Beschlossen wurden der Haushalt für das Jahr 2006 sowie der Etat 2006 des Zahnärzte-Versorgungswerkes. Außerdem war für das Versorgungswerk erneut eine Änderung der Satzung fällig, was unter anderem mit der Umstrukturierung in der gesetzlichen Rentenversicherung zusammenhängt: Als Folge dessen mussten in der Satzung des berufsständischen Rentenversicherers begriffliche Veränderungen vorgenommen werden.

Weniger Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen

Der Haushalt der Landeszahnärztekammer hat im nächsten Jahr ein Volumen von rund 2,5 Millionen Euro. Die Haupteinnahmequelle sprudelt im nächsten Jahr etwas geringer: die erwarteten Mitgliedsbeiträge gehen um rund 10 000 Euro auf 1,73 Millionen Euro zurück. Die von der Kammer organisierte zahnärztliche Fortbildung soll rund 426 000 Euro einbringen.

Bereits seit 1998 nehmen die Mitgliedsbeiträge kontinuierlich ab, wie Haushaltsreferent Dr. Gunder Merkel erläuterte. Angesichts der Altersentwicklung werde sich diese Tendenz in den nächsten Jahren fortsetzen, prognostizierte er. Mittelfristig gehen mehr Zahnärzte als bisher in den Ruhestand,

ab 2007 werde die Inanspruchnahme des Altersruhegeldes zunehmen. Zudem verschärfe sich die wirtschaftliche Lage mancher Praxen. In diesem Jahr wurden 35 Zahnärzten wegen wirtschaftlicher Schwierigkeiten die Beiträge erlassen oder gemindert, was Mindereinnahmen von 24 000 Euro entspricht. Diese Entwicklung lasse sich auch nicht durch Mitglieder-Neuzugänge kompensieren. Für eine Senkung der Kammerbeiträge bestehe deshalb kein Spielraum, sagte Dr. Merkel.

Bei den Ausgaben schlagen unter anderem die Personalkosten in der Geschäftsstelle mit rund 698 000 Euro und die Entschädigungen der Vorstandsmitglieder mit rund 168 000 Euro zu Buche. Miet- und Nebenkosten der Geschäftsstelle im Barbarossahof belaufen sich auf knapp 380 000 Euro. Die Aufwendungen für die zahnärztliche Fortbildung wurden mit rund 330 000 Euro veranschlagt, davon 10 000 Euro für den in Erfurt stattfindenden Deutschen Zahnärztetag 2006. An die Bundeszahnärztekammer muss Thüringen im nächsten Jahr rund 160 000 Euro abführen. Die BZÄK-Umlage fällt in der Summe zwar um etwa 2000 Euro geringer aus als 2005, allerdings sind die Beiträge pro Kammermitglied von 5,88 Euro auf 6,70 Euro erhöht.

Der Haushaltsausschuss hatte der Kammerversammlung die Empfehlung gegeben, dem Etat zuzustimmen.

Bericht des Präsidenten

Bevor es ans Beschließen ging, hatte Präsident Dr. Lothar Bergholz die Politik der Bundesregierung, vor allem die neue gesundheitspolitische Konstellation unter der großen Koalition beleuchtet. Eine längst überfällige und zukunftsorientierte Reform zur Neugestaltung des Gesundheitssystems sei angesichts der bekannt gewordenen Vorschläge der neuen Bundesregierung nicht oder vielleicht noch nicht erkennbar, sagte er. Der Vorschlag von Union und SPD, den Gebührenrahmen der GOÄ bzw. GOZ abzusenken und eine ärztliche Behandlungspflicht einzuführen, werde auf entschiedenen Widerstand von Ärzten und Zahnärzten stoßen. Die von der Koalition erwogenen Änderungen bedeuteten, dass alle rund

vier Millionen Beamte samt mitversicherten Angehörigen im Standardtarif versichert würden. „Dies wäre nichts anderes als der Einstieg in eine Einheitsversicherung zu Dumpingpreisen, die zudem dem Wesen der GOZ als der Gebührenordnung eines freien Berufsstandes im Kern widerspricht“, erklärte Bergholz.

Der Präsident ging auch auf die stark kritisierten Hygienekontrollen in Zahnarztpraxen in einigen Bundesländern ein, dadurch werde seit geraumer Zeit Verunsicherung in die Praxen getragen. Dr. Bergholz wandte sich entschieden gegen einen „Bürokratiewahnsinn in der zahnärztlichen Hygiene“. Ein Thema in der Rede des Präsidenten war auch die beabsichtigte Einführung der elektronischen Patientenkarte. An der noch in diesem Jahr beginnenden Testphase werde sich Thüringen nicht beteiligen. Die AOK Thüringen beabsichtige die Herausgabe der Gesundheitskarten ab 2007. Keine Aussagen konnte Dr. Bergholz zu Art und Kosten der Hardware für die Praxen machen, dies sei derzeit noch nicht absehbar.

Informationen der Fachreferenten

Das Thema Hygienepläne griff anschließend noch einmal der Referent für zahnärztliche Berufsausübung, Dr. Matthias Seyffarth, in den Berichten der Vorstandsmitglieder auf. Er informierte, dass die BZÄK den Entwurf eines neuen Hygieneplans erarbeitet hat, der auf einer entsprechenden Richtlinie des Robert-Koch-Instituts beruht. Anfang nächsten Jahres wolle die BZÄK die endgültige Fassung veröffentlichen und sie den Praxen zur Verfügung stellen. Insgesamt werde der neue Hygieneplan umfangreicher als der bisherige und noch mehr auf die individuellen Gegebenheiten des jeweiligen Praxisprofils abgestimmt sein. Nicht zuletzt auf Drängen der Zahnärztekammern konnte aber die verpflichtende Einführung einer Sterilgutassistentin in den Praxen verhindert werden. Dr. Seyffarth berichtete zudem über das neue Medizinproduktegesetz (MPG), dessen Entwurf seit kurzem vorliegt. „Entgegen der üblichen Gepflogenheiten können die Zahnärzte diesmal mit einer Lockerung der gesetzlichen

Forderungen rechnen“, stellte er in Aussicht. So solle der Sicherheitsbeauftragte für die Herstellung von Sonderanfertigungen nach dem MPG für die Zahnarztpraxis wegfallen, nachdem schon die Anzeigepflicht gelockert wurde. Weiterhin solle die Dokumentationspflicht im Eigenlabor für Sonderanfertigungen abgeschafft werden, da dafür die Patientenakten ausreichen. Berechtigte Forderungen der Zahnärzteschaft, etwa nach der Einschätzung des Risikopotenzials bei der Aufbereitung von Medizinprodukten, würden momentan von den zuständigen Stellen geprüft.

Neuerlich schlechte Nachrichten vom Ausbildungsmarkt überbrachte Helferinnenreferent Dr. Robert Eckstein. In diesem Ausbildungsjahr wurden lediglich 120 neue Ausbildungsverträge abgeschlossen, was einen Rückgang von rund 19 Prozent gegenüber dem Vorjahr bedeutet – als ebenfalls schon ein Einbruch bei Ausbildungsverträgen zu verzeichnen war. Dr. Eckstein wertete dies ebenso als Ausdruck für die schwierige wirtschaftliche Situation in den Praxen wie die Tatsache, dass sich von Januar bis November 406 Zahnzweihelferinnen bei den Arbeitsagenturen in Thüringen als arbeitslos meldeten.

Trennung von Hauptgeschäftsführerin

Präsident Dr. Lothar Bergholz informierte außerdem darüber, dass der Kammervorstand die Zusammenarbeit mit der bisherigen Hauptgeschäftsführerin Sabine Wechsung zum 30. Juni 2006 beenden wird. Mit Wirkung vom 7. November 2005 wurde sie bereits vom Dienst freigestellt. Frau Wechsung war im September 2002 zur Hauptgeschäftsführerin berufen worden.

Ermächtigung

Erfurt (lzkth). Der Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringer hat folgendem Arzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie die Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet „Oralchirurgie“ erteilt (anzurechnende Weiterbildungszeit bis zu 1 Jahr je Weiterbildungsassistent):

Dr. med. Harald Böttcher
Wilhelm-Külz-Str. 38
99084 Erfurt

Ermächtigungsbeginn: 25. November 2005



Johannes Wolf, Landesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte, initiierte die von der Kammerversammlung einstimmig verabschiedete Resolution zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin.



Zu den Informationen der Fachreferenten gehörte auch ein Bericht von Dr. Angelika Krause über die Arbeit der Patientenberatungsstelle, die in diesem Jahr bislang über 1500 telefonische Anfragen zu bearbeiten hatte.



Die Abstimmung über den Haushalt der Landes Zahnärztekammer 2006 fiel eindeutig aus.

Fotos: Zeiß

Beschlüsse der Kammerversammlung

Beschluss Nr. 30/05

Antragsteller:

Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen

Betreff:

Änderung der Satzung des Versorgungswerkes der LZKTh

Beschlusstext:

Die Kammerversammlung beschließt die Änderung der Satzung des Versorgungswerkes in der vorliegenden Fassung.

Wortlaut der Begründung:

Die Änderung war notwendig, da durch die Organisationsreform der gesetzlichen Rentenversicherung und die damit zusammenhängende Umbenennung der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten in allgemeine Rentenversicherung die Begrifflichkeiten in der Satzung des VZTh angepasst werden müssen.

Gleichzeitig werden weitere Anpassungen an die EWG VO1408/71 (pro rata-Regelung bei Berufsunfähigkeit), Anpassungen an das Alterseinkünftegesetz sowie sinnvolle Umstrukturierungen und Ergänzungen und redaktionelle Anpassungen zum Beitrags- und Leistungsrecht vorgenommen.

Eingriffe in bestehendes Leistungsrecht sind außer bei der zukünftigen Gleichbehandlung von Zeit- und Berufssoldaten und der Ergänzung für Selbstständige während der Elternzeit mit dieser Satzungsänderung nicht verbunden.

Beschluss Nr. 31/05

Antragsteller:

Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen

Betreff:

Haushaltsplan der Landes Zahnärztekammer Thüringen für das Jahr 2006

Beschlusstext:

Die Kammerversammlung beschließt den vorgelegten und vom Haushaltsausschuss bestätigten Haushaltsplan der Landes Zahnärztekammer Thüringen für das Jahr 2006.

Wortlaut der Begründung:

Auf der Grundlage des § 6 (1) i) der Satzung

der Landes Zahnärztekammer Thüringen ist jährlich der Haushaltsplan aufzustellen.

Der vorliegende Haushaltsplan wurde am 28.09.2005 vom Haushaltsausschuss der Kammerversammlung geprüft und zur Beschlussfassung empfohlen.

Die Kammerversammlung möge den Haushaltsplan einschließlich des Stellenplanes für das Jahr 2006 beschließen.

Beschluss Nr. 32/05

Antragsteller:

Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen

Betreff:

Budget des Versorgungswerkes der LZKTh für das Jahr 2006

Beschlusstext:

Die Kammerversammlung beschließt das vom Vorstand und vom Verwaltungsrat des Versorgungswerkes vorgelegte und vom Haushaltsausschuss bestätigte Budget des Versorgungswerkes der Landes Zahnärztekammer Thüringen für das Jahr 2006.

Wortlaut der Begründung:

Auf der Grundlage des § 6 (1) i) der Satzung der Landes Zahnärztekammer Thüringen ist jährlich das Budget für das Versorgungswerk der LZKTh aufzustellen.

Das vorliegende Budget wurde am 28.09.2005 vom Haushaltsausschuss der Kammerversammlung geprüft und zur Beschlussfassung empfohlen.

Die Kammerversammlung möge das Budget des Versorgungswerkes für das Jahr 2006 beschließen.

Beschluss Nr. 33/05

Antragsteller:

Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen und der Verwaltungsrat des VZTh

Betreff:

1. Dynamisierung für die bis zum 31.12.2005 eingewiesenen Ruhegeldzahlungen zum 01.01.2006 in Höhe von 1,5 %
2. Festlegung der Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2006 in Höhe von 37.427,00€

Beschlusstext:

Die Kammerversammlung beschließt aufgrund der Ergebnisse der versicherungsmathematischen Bilanz zum 31.12.2004 die Dynamisierung für die bis zum 31.12.2005 eingewiesenen Ruhegeldzahlungen in Höhe von 1,5 % sowie die Festlegung der Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2006 in Höhe von 37.427,00 €.

Wortlaut der Begründung:

Auf Vorschlag des Verwaltungsrates des Versorgungswerkes und aufgrund der Ergebnisse der von Herrn Dipl.-Mathematiker G. Ruppert erstellten versicherungstechnischen Bilanz empfiehlt der Vorstand der Landes Zahnärztekammer Thüringen der Kammerversammlung die Dynamisierung der zum 31.12.2005 bereits eingewiesenen Ruhegeldzahlungen in Höhe von 1,5 % sowie die Festlegung der Rentenbemessungsgrundlage für das Jahr 2006 in Höhe von 37.427,00 €.

Beschluss Nr. 34/03

Antragsteller:

Johannes Wolf im Namen des Landesvorstandes des FVDZ

Betreff:

Resolution – Weiterentwicklung der Zahnmedizin

Beschlusstext:

Die Kammerversammlung fordert die neue Bundesregierung auf, die Rahmenbedingungen zur Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen und modernen Zahnheilkunde zu sichern.

Staatlich verordneter Behandlungszwang kann niemals eine vertrauensvolle Zweierbeziehung Arzt – Patient ersetzen. Überregulierte und gegängelte Zahnmedizin wird den Bedürfnissen der Patienten niemals gerecht.

Grundvoraussetzung, um den Zugang zu modernen Behandlungsmethoden zu ermöglichen, ist eine variable Gebührenordnung mit freiheitlichen Öffnungsmöglichkeiten. Der im Bereich Zahnersatz aufgezeigte Weg mit Festzuschüssen in der GKV und freier Entscheidung durch den Patienten ist ein Schritt zu mehr freiheitlicher Behandlung. Er ist für die gesamte Zahnmedizin ausbaubar.

Die Zahnärzteschaft ist bereit, in dieser Richtung konstruktiv mit der Politik zusammenzuarbeiten.

Die Frauenkirche und die Zahnärzte

Berufsstand spendete für Wiederaufbau der neu geweihten Dresdener Kirche



Von außen und innen beeindruckend: die auch mit Spenden der deutschen Zahnärzte wieder aufgebaute Frauenkirche in Dresden.

Fotos: Wolf

Von Dr. Gottfried Wolf

Mit der wieder aufgebauten und am Reformationstag geweihten Frauenkirche hat Dresden sein wohl imposantestes Merkmal der „Canaletto-Silhouette“ wieder. So ausführlich wie bei den einzelnen Etappen des Wiederaufbaus und nun auch der Weihe der Dresdener Frauenkirche ist selten in den Medien berichtet worden. Der Wiederaufbau schuf eine Verbindung zwischen Menschen aller Altersgruppen, aller sozialen Spektren und verschiedenster Völker, zwischen ehemaligen Gegnern.

Daran – hiermit sei daran erinnert – haben auch die deutschen Zahnärzte ihren Anteil. Sie haben mit Spenden ihren Teil dazu beigetragen, dass der Wiederaufbau realisiert werden konnte. Die „Zahnärztlichen Mitteilungen“ wandten sich im Februar 1995 erstmals mit einem Spendenaufruf an ihre Leser und baten um breite Beteiligung der Zahnärzteschaft an der Spendenaktion zum Wiederaufbau der Frauenkirche. Mit großem Erfolg: Mit 250 000 Euro konnte eine der tragenden Säulen im

Hauptschiff der Kirche sowie als nachfolgendes Projekt der große Bogen D mit ca. 375 000 Euro mit dem dazugehörigen Hauptfeld finanziert werden. Der „Zahnärztliche Stifterkreis Dresdener Frauenkirche“ selbst unter seinem Vorsitzenden Dr. Hans-Christian Hoch hat mittlerweile mehr als 2400 Mitglieder. Quasi als Dank für den Berufsstand fand im Herbst 2000 für die Delegierten der BZÄK-Bundesversammlung ein Konzert im Rohbau der Frauenkirche statt. Die Säulen waren hochgezogen, die Emporen ließen durch Stahlkonstruktionen erste räumliche Dimensionen der Kirche erahnen. Dort übergab die Zahnärzteschaft die von ihr gespendete Säule symbolisch.

Vor fünf Jahren noch Rohbau, war nun in diesem Herbst für mich der Eindruck während der Eröffnungsfeierlichkeiten in mehrfacher Weise überwältigend. Der äußere Bau war ja schon seit Monaten fertig und doch war es immer noch kein gewohntes Bild. Aber die Rekonstruktion des Innenraumes vor allem mit den Fresken in der Kuppel war überwältigend. Hatte man den exakten Wiederaufbau

auch zu einem sehr großen Teil der Technik und der Computerelektronik zu verdanken, der Innenraum lebte Wärme durch die kunstfertige Handarbeit der Malerei und durch die Rekonstruktion von Details. Die Orgel ist allerdings keine nachgebaute Silbermann-Organ, sie wurde in der Werkstatt von Daniel Kern im Elsass gefertigt.

Das Konzert zur Orgelweihe am Vorabend des Reformationstages mit Werken von Johann Sebastian Bach, Nicolas des Grigny, Felix Mendelssohn-Bartholdy, Cesar Frank, Samuel Kummer und Max Reger gab dem Entschluss zum Orgelneubau recht. Mit Samuel Kummer (Jahrgang 1968) wurde für die Frauenkirche ein exzellenter Meister für diese Orgel ausgesucht, der es verstand, eine seelisch sehr ausdrucksvolle Musik in die technisch ausgezeichnete Klangbreite der Königin der Musikinstrumente zu integrieren. Für mich war es eine Referenz an die Komponisten, an die Menschen, die dies schafften und eine Ode an den Wahlspruch der Weihe der Frauenkirche „Friede sei mit Euch!“.

Sozialversicherungsbeiträge ab 2006 früher fällig

Termin ist drittletzter Banktag im laufenden Monat

Erfurt (lzkth). Ab 1. Januar 2006 gelten für Arbeitgeber neue Fristen für die Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge. Auch niedergelassene Zahnärzte müssen dann die Sozialbeiträge für das Praxispersonal einheitlich im laufenden Monat an die Versicherungsträger abführen – auch wenn sie das Gehalt erst im folgenden Monat überweisen. Hintergrund ist eine Gesetzesänderung.

Der Arbeitgeber ist gegenüber der Krankenkasse für die Abführung der Beiträge verantwortlich - und zwar sowohl für den Arbeitnehmer- als auch für den Arbeitgeberanteil. Bisher galt: Wurden die Löhne und Gehälter bis zum 15. eines Monats an die Arbeitnehmer ausbezahlt, waren die Beiträge bis zum 25. desselben Monats an die Krankenkasse zu entrichten. Wurden die Bezüge später ausbezahlt, mussten die Beiträge erst am 15. des Folgemonats bei der Krankenkasse eingegangen sein. Dies gab dem Arbeitgeber genügend Zeit für die Abrechnung und einen zusätzlichen Liquiditätsspielraum.

Das wird ab dem 1. Januar 2006 anders. Dann sind die Beiträge am drittletzten Bankarbeitstag des Monats fällig, in dem die Beschäftigung ausgeübt wurde. Das heißt, die Sozialversicherungsbeiträge für zum Beispiel den Februar 2006 sind bereits am 24. Februar 2006 fällig und müssen bei der Krankenkasse eingegangen sein – also eventuell noch vor Auszahlung der Vergütung an den Arbeitnehmer. Die Höhe der geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge zu ermitteln, ist deshalb bei variablen Vergütungsbestandteilen nicht ganz einfach - sie müssen gewissenhaft geschätzt werden. Korrigiert wird die Schätzung dann erst mit der nächsten Beitragszahlung im nächsten Monat. Im Januar 2006 sind für Gehälter, die nach dem 15. des Monats ausbezahlt werden, dann gleich zweimal Beiträge fällig: Am 15. Januar die Beiträge für Dezember 2006 und am 27. Januar die Beiträge für Januar 2006.

Diese Zahlung kann ein ordentliches Loch in die Liquiditätsplanung des Arbeitgebers für

den Januar 2006 reißen. Deshalb gibt es eine Übergangsregelung, die eine wesentliche Entlastung bringt. Danach wird der Beitrag für den Monat Januar in sechs gleiche Teile aufgeteilt, die jeweils in den Monaten Februar bis Juli 2006 fällig werden.

Es empfiehlt sich somit, die Übergangsregelung anzuwenden. Das geschieht dadurch, dass für den Januar 2006 ein so genannter „Null-Beitragsnachweis“ eingereicht wird. Die folgenden Beitragsnachweise bis Juli 2006 enthalten dann jeweils ein Sechstel des Meldebetrages für den Januar. Trotzdem: Der Arbeitgeber hat je nach Konstellation ab Januar 2006 und endgültig ab August 2006 für circa zwei Wochen einen um die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge geringeren Betrag auf dem Konto. Das muss bei den finanziellen Planungen berücksichtigt werden.

Beispielrechnung:

Beispiel bei Zahlung von Festgehältern jeweils zum Ende des Monats:

Gehälter Januar 2006: 7100 €
ergibt SV-Beiträge: 3000 €
(Arbeitnehmer+Arbeitgeber)

bisher:

Überweisung von 3000 € zum 15.2.2006

Neuregelung:

Überweisung von 3000 € zum 27.1.2006

Übergangsregelung:

1/6 von 3000 € = 500 €

fällig:

- 27. Januar 2006: „0“-Meldung
- 24. Februar 2006:
3000 € Februar + 500 € aus Januar
- 29. März 2006:
3000 € März + 500 € aus Januar
- ...
- 27. Juli 2006:
3000 € Juli + letztmalig 500 € aus Januar

*(Quelle: Zahnärztekammer
Baden-Württemberg)*

Sprechzeiten von KZV und Kammer zum Jahreswechsel

Erfurt (tzB). Während des Jahreswechsels sind die Geschäftsstellen von KZV und Landes Zahnärztekammer Thüringen wie folgt geöffnet.

KZV

Donnerstag, 22. Dezember:

8–16 Uhr (Abteilungen)
8–17 Uhr (Empfang)

Freitag, 23. Dezember:

8–14 Uhr (Abteilungen)
8–15 Uhr (Empfang)

Montag, 26. Dezember:

geschlossen (Feiertag)

Dienstag, 27. Dezember:

8–15 Uhr (Abteilungen)
8–16 Uhr (Empfang)

Mittwoch, 28. Dezember:

8–15 Uhr (Abteilungen)
8–17 Uhr (Empfang)

Donnerstag, 29. Dezember:

8–15 Uhr (Abteilungen)
8–16 Uhr (Empfang)

Freitag, 30. Dezember:

8–14 Uhr (Abteilungen)
8–15 Uhr (Empfang)

Landes Zahnärztekammer

Freitag, 23. Dezember: 8–14 Uhr

Montag, 26. Dezember: geschlossen

Dienstag, 27. Dezember: 8–16 Uhr

Mittwoch, 28. Dezember: 8–16 Uhr

Donnerstag, 29. Dezember: 8–16 Uhr

Freitag, 30. Dezember: 8–14 Uhr

KZV und LZKTh bitten um Verständnis, dass während des Jahreswechsels verstärkt Urlaub in Anspruch genommen wird und nicht jede Mitarbeiterin bzw. jeder Mitarbeiter in diesen Zeiten anwesend ist. Ab dem 2. Januar 2006 sind die Geschäftsstellen wie gewohnt besetzt.

Eckpunkte fürs Qualitätsmanagement

Hinweise der KZV Thüringen für Inhaber von Zahnarztpraxen

Von Dr. Karl-Heinz Müller

Qualitätsmanagement (QM) ist ein wichtiges Instrument, um Praxisstrukturen, -abläufe und -ergebnisse zu dokumentieren, zu bewerten und zu verbessern mit dem Ziel, die Patientenversorgung und die Patientenzufriedenheit zu optimieren (IDZ Nr. 5/2005). Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis ist schon seit über zehn Jahren ein aktuelles Thema, erst jetzt durch die gesetzliche Regelung im Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) hat es besondere Aktualität erfahren.

Im seit 2004 geltenden GMG werden Vertrags(zahn)ärzte zur Einführung eines einrichtungsinternen QM verpflichtet (§ 135a SGB V). Nach den §§ 136a und 136b bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss durch Richtlinien die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM. Richtlinien sind bisher aber noch nicht beschlossen und werden in Kürze auch nicht erreichbar sein. Ein einziges QM wird auch nicht vorgeschrieben werden können, sondern eine Vielzahl von Methoden möglich sein. Mit der gesetzlichen Vorgabe ist keine Verpflichtung zur Zertifizierung eines Qualitätsmanagementsystems verbunden. In der November-Ausgabe des tzb wurde schon auf die verschiedenen Angebote kommerzieller QM-Anbieter in Zahnarztpraxen hingewiesen und davor gewarnt, ungeprüft darauf einzugehen.

QM hat verschiedene Bausteine, von denen sich mehrere oder alle zusammen zu einem System verbinden lassen. „Ein QM-System bedeutet das systematische, geplante und aufeinander abgestimmte Zusammenwirken der verschiedenen Eckpunkte des QM in einem sich ständig weiterentwickelnden Prozess, der zu einer Qualitätssteigerung im Sinne des reibungslosen und wirksamen Ablaufs aller Prozesse, zu guten Arbeitsergebnissen und zu höherer Zufriedenheit von Patienten, Praxismitarbeitern und Praxisinhabern führen soll“ (vgl. IDZ Nr. 5/2005 S. 6). So viel zur Theorie. Was heißt das für den Praxisalltag?

Gesetzliche Bestimmungen: Eine Vielzahl von Gesetzen und Bestimmungen und Richt-

linien finden in einer Zahnarztpraxis Anwendung, deren Kenntnis und Wissen unbedingte Voraussetzung für ein konfliktfreies QM sind. Dazu zählen Bereiche der Praxisführung, Patientenschutz, Arbeitsschutz, Hygieneleitlinien, Berufsrecht u. a. mehr.

Arbeitsprozesse: Das sind organisatorische Arbeitsabläufe, die häufig von Praxismitarbeitern erledigt werden. Die Abgrenzung zu den Diagnose- und Behandlungsprozessen ist oft fließend. Im Rahmen des QM werden Arbeitsprozesse kritisch begleitet und immer wieder hinterfragt, um Verbesserungen erreichen zu können. Die Transparenz der Arbeitsabläufe erleichtert allen Praxismitarbeitern die Koordination und Kooperation.

Diagnose- und Behandlungsprozesse: Diese orientieren sich am aktuellen Stand der Wissenschaft (Fortbildung). Sie müssen lege artis durchgeführt sein und setzen eine fachliche Kompetenz des Behandlers voraus. Dieses wird beim QM meist ausgeklammert, weil ein praxisinternes QM sich auf nicht auf therapiebedingte Abläufe der Praxis bezieht.

Mitarbeiterorientierung: Ein wichtiger Eckpunkt des OM sind die Mitarbeiter und -innen, denn sie tragen erheblich zur Zufriedenheit der Patienten bei. Die Einbeziehung dieser sollte bewusst und aktiv erfolgen. Wichtige Punkte der Verbesserung sind Mitarbeiterbesprechung und Kompetenzverteilung. QM kann nur mit allen Praxismitarbeitern aktiv durchgeführt werden und erfolgreich sein.

Patientenorientierung: Ziel muss es sein, Behandlungserfolg und Patientenzufriedenheit zu erreichen. Es wurde lange nur der zahnmedizinische Erfolg gemessen, inzwischen sind auch Patientenerwartungen und -zufriedenheit wichtige Eckpunkte der QM. Es geht nicht mehr nur darum, dass medizinisch Beste und Mögliche zu erreichen, sondern die individuellen Wünsche der Patienten zu berücksichtigen. Eine verständliche Erläuterung der Diagnose und Therapie sowie Therapiemöglichkeiten gleichermaßen sind für Patienten wichtig und damit gutes QM.

Kooperation mit Partnern: Eine Zahnarztpraxis arbeitet in der Regel mit einer Vielzahl

von Kooperationspartnern (Dentallabore, Depots, Fachärzte, Kammer, KZV, Krankenkassen) zusammen. Ein weiterer Partner ist auch die Öffentlichkeit. Kontakte zur Presse sollten unterhalten werden, denn diese Beziehungen sind in ein gutes QM einzubeziehen.

Controlling: Als Unternehmer muss der Zahnarzt betriebswirtschaftlich denken und die betriebswirtschaftlich orientierte Praxisführung gehört zu den Bausteinen des QM-Systems. Einnahmen und Ausgaben und Finanzplanung gehören genauso dazu.

Praxisleitung: Die Praxisinhaber tragen die Gesamtverantwortung. Der Erfolg des QM hängt in besonderem Maße von seinem Verhalten und Einstellung ab. Alle Mitarbeiter sind idealerweise in das QM einzubeziehen. Es müssen definierte Aufgabenbereiche für jeden Mitarbeiter zugewiesen und diese immer wieder motiviert werden. Eine kontinuierliche Information aller am QM beteiligten Mitarbeiter ist erforderlich. QM muss zur täglichen Routine werden, dieses ist aber immer wieder kritisch zu betrachten. Das ist auch die Aufgabe der Praxisleitung.

Leitbild: Es geht um das Praxisleitbild. Dieses kann nur individuell und für jede einzelne konkrete Praxis erarbeitet werden. Dabei muss nach fachlichen Schwerpunkten, nach Patientengruppen und demographischer Entwicklung geschaut werden. Punkte wie Praxisausstattung und Erscheinungsbild gehören dazu. Patientenwünsche sollten erfragt und darauf eingegangen werden. Wie sich die Praxis in der Öffentlichkeit und bei Kollegen darstellt, sollte beachtet werden.

Qualitätsmanagement gehört zu den Grundlagen der Praxisführung und müsste für jede Zahnarztpraxis, zugeschnitten auf die individuellen Besonderheiten, selbstverständlich sein.

Zum Schluss noch einmal: Es gibt noch keine Vorgaben vom Gesetzgeber, wonach ein Qualitätsmanagement – in welcher Form auch immer – nachgewiesen werden müsste.

Gruppenversicherung für KZV-Mitglieder zahlt sich aus

Erfurt (kzv). Der zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen und der DBV Winterthur Krankenversicherung AG bestehende Gruppenversicherungsvertrag weist seit Jahren ein positives Ergebnis auf – so auch für das Jahr 2004. Die Abrechnung des Gruppenversicherungsvertrags hat einen erfreulichen Überschuss ergeben, der es ermöglicht, an die Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, die im Gruppenvertrag versichert und 2004 leistungsfrei geblieben sind, wiederum eine Beitragsrückerstattung in Höhe von drei Monatsbeiträgen auszus zahlen. Die Auszahlung ist inzwischen erfolgt.

Besonders attraktiv ist, dass im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrags jede Versicherungsart (außer der Pflegepflichtversicherung) in das System der Beitragsrückerstattung eingeschlossen ist, also zum Beispiel auch die Krankentagegeld- oder Krankenhaustagegeld-Versicherung.

Das gute Ergebnis wird dabei maßgeblich durch die Mitglieder der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen beeinflusst: Zum einen werden die Vorteile des Gruppenversicherungsvertrages wahrgenommen, indem ein für den persönlichen Bedarf entsprechender Versicherungsschutz gewählt wird. Zum anderen aufgrund des kostenbewussten Verhaltens der in diesem Gruppenvertrag Versicherten, weil zum Beispiel nicht jede kleine Rechnung sofort zur Erstattung eingereicht wird, sondern der eigene finanzielle Aufwand zur Höhe der Beitragsrückerstattung ins Verhältnis gesetzt wird.

Jedes Mitglied der KZV Thüringen, d. h. alle Thüringer Zahnärztinnen und Zahnärzte, sollte sich über die Vorteile und Absicherungsmöglichkeiten im Rahmen des Gruppenvertrages erkundigen – sei es über die Krankheitskostenvollversicherung, das Krankentagegeld oder die Ergänzungsversicherungen, beispielsweise für den stationären Krankenhausaufenthalt.

Ausschreibungen

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saale-Holzland-Kreis **ein Vertragszahnarztsitz** für

Eisenberg

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Gera, Stadt **ein Vertragszahnarztsitz** für

Gera

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V werden für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Eichsfeld **zwei Vertragszahnarztsitze** für

Heiligenstadt

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Ilmkreis **ein Vertragszahnarztsitz** für

Ilmenau

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saalfeld-Rudolstadt **ein Vertragszahnarztsitz** für

Königsee

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saalfeld-Rudolstadt **ein Vertragszahnarztsitz** für

Mellenbach-Glasbach

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saale-Orla-Kreis **ein Vertragszahnarztsitz** für

Lobenstein

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Weimarer Land **ein Vertragszahnarztsitz** für

Mellingen

ausgeschrieben.

Gemäß § 103 Abs. 4 SGB V wird für den von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Zulassungsbezirk Saalfeld-Rudolstadt **ein Vertragszahnarztsitz** für

Saalfeld

ausgeschrieben.

Bewerbungen und Anträge an den Zulassungsausschuss müssen zur ordnungsgemäßen Bearbeitung spätestens drei Wochen vor dem Sitzungstermin vollständig in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen, Theo-Neubauer-Straße 14, 99085 Erfurt, vorliegen. Die nächste Sitzung ist auf den **1. März 2006** terminiert.

*gez. Ruda, Geschäftsstelle
Zulassungsausschuss*

Mehr Berufskunde für künftige Zahnärzte

KZV Thüringen hält Blockvorlesungen an der Universität Jena

Von Dr. Karl-Friedrich Rommel

Seit vielen Jahren bietet die Friedrich-Schiller-Universität Jena in ihrer zahnmedizinischen Ausbildung auch Vorlesungen zur Berufskunde an. Allein der Umfang von jeweils 45 Minuten für Landeszahnärztekammer und KZV Thüringen ließen bei uns an der Sinnhaftigkeit dieser Ausbildung Zweifel aufkommen. Was kann man schon in 45 Minuten über Kassenarztrecht, Strukturen der kassenzahnärztlichen Versorgung, geschweige denn Abrechnung von Leistungen im BEMA den angehenden Kollegen nahe bringen? Aber zwei Jahre später, wenn die Kollegen dann nach ihrer Vorbereitungszeit niedergelassen sind, landen die Probleme wieder in der KZV.

Der KZV-Vorstand hat der FSU deshalb angeboten, die Zahnmedizinstudenten ab dem Frühjahrssemester 2006 in Blockvorlesungen auf ihren späteren Alltag in der Niederlassung und die damit verbundenen Probleme vorzubereiten. Zunächst ist an einen Umfang von zweimal drei Stunden gedacht. Die Vorlesungen werden vom KZV-Vorstand beauftragte und in der berufspolitischen Arbeit erfahrene Zahnärzte halten. Das lang geplante Vorhaben hat die KZV am 16. November in einem Gespräch mit dem Direktor des FSU-Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Prof. Dr. Eike

Glockmann, abgestimmt.

In der universitären Ausbildung steht ja die wissenschaftliche Zahnheilkunde im Vordergrund, das ist auch gut und richtig so. Was man davon in der täglichen Praxis bei Kassenpatienten honorarwirksam umsetzen kann, steht auf einem ganz anderen Blatt. Interessant wird es aber wieder bei vermeintlichen oder tatsächlichen Behandlungsfehlern. Hier ist wieder die umfassende wissenschaftliche Behandlungsweise, obwohl nie honoriert, bei der Rechtsprechung gefragt. Im Grunde bewegen wir uns in einem Spagat, der nicht zu beherrschen ist. Aber der Gesetzgeber,

der eigentlich gefragt wäre, zeigt auch keine Lösungen auf. Nur wenn man die Problemfelder kennt, kann man auch mit ihnen umgehen und je eher man als Zahnarzt darauf vorbereitet ist, umso besser wird man dann auch in Praxis bestehen können.

Bei dem Gespräch stellte sich zugleich Prof. Christopher J. Lux, neuer KfO-Lehrstuhlinhaber in Jena, in der KZV Thüringen vor. Dabei wurde eine engere Zusammenarbeit mit der FSU auf kieferorthopädischem Gebiet vereinbart – eben auch, um das erwähnte Spannungsfeld in der kassenzahnärztlichen Leistungserbringung zu entschärfen.



KZV Thüringen und Universität Jena arbeiten bei der Ausbildung von Zahnmedizin-Studenten enger zusammen. V.l.: KZV-Hauptgeschäftsführer Michael Werner, Dr. Karl-Friedrich Rommel, Prof. Dr. Eike Glockmann, Prof. Dr. Christopher J. Lux. Foto: KZV

Zweitmeinung zu Zahnersatz

KZV Thüringen führt zusätzlichen Patientenberatungsservice ein

Erfurt (kzv). Die KZV Thüringen hat für gesetzlich Krankenversicherte das so genannte Zweitmeinungsmodell eingeführt. Dahinter verbirgt sich ein zusätzlicher Beratungsservice für die Versorgung mit Zahnersatz. Seit Monatsbeginn können die Patienten vor Behandlungsbeginn die von ihrem Zahnarzt vorgeschlagene Therapie bei der KZV überprüfen lassen. Dies gilt vor allem für den Heil- und Kostenplan. Das Einholen der zweiten zahnärztlichen Meinung ist für die Versicherten kostenlos. Thüringen setzt damit einen Beschluss der KZBV-Vertreterversammlung um. Diese hatte auf ihrer Sitzung Ende Oktober beschlossen, ein solches Zweitmeinungsmodell bundesweit einzuführen.

Hintergrund ist die Einführung der Festzu-

schüsse beim Zahnersatz in der gesetzlichen Krankenversicherung. „Angesichts des gestiegenen Beratungsbedarfes wollen wir den Patienten mit dem neuen Angebot zur besseren Orientierung verhelfen“, so der KZV-Vorsitzende Dr. Karl-Friedrich Rommel. Mitunter sind die Details der Festzuschussregelungen für Patienten nur schwer verständlich, Fragen bleiben offen. Angesichts dessen soll das Einholen einer unabhängigen Zweitmeinung helfen, eventuelle Unstimmigkeiten zwischen Patient und behandelndem Zahnarzt zu vermeiden.

An einer unabhängigen Zweitmeinung interessierte Patienten erhalten bei der KZV eine Erläuterung zu dem von ihrem behandelnden Zahnarzt angegebenen Befund, zur geplanten

Therapie, zur Höhe des Kassenzuschusses, zu den veranschlagten Material- und Laborkosten und zu möglichen Behandlungsalternativen. Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Die KZV gibt keine konkreten Behandlungsempfehlungen und vermittelt auch keine Zahnärzte! Im Konfliktfall bietet die KZV den Patienten vielmehr das vermittelnde Gespräch mit dem behandelnden Zahnarzt oder der Krankenkasse an.

Der Zweitmeinungsservice der KZV Thüringen beschränkt sich ausschließlich auf Zahnersatz und Festzuschüsse. Die klassische Patientenberatung zu allen sonstigen zahnmedizinischen Fragen nimmt unabhängig davon auch weiterhin die Landeszahnärztekammer wahr.

Prof. Dr. Dr. Georg Lange zum 80. Geburtstag



Prof. Dr. Dr. Georg Lange Foto: FSU

Am 12. Dezember 2005 beging der langjährige Ordinarius für konservierende Stomatologie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, Prof. Dr. Dr. Georg Lange, seinen 80. Geburtstag.

Er wurde am 12. Dezember 1925 in Chemnitz geboren. Nach Kriegsdienst und Gefangenschaft studierte er von 1947 bis 1951 Zahnmedizin an der Universität Leipzig. Daran schloss sich das Studium der Medizin an. Erfolgreichen Promotionen zum Dr. med. dent. (1951) und Dr. med. (1956) folgte die Ernennung zum Oberarzt der Abteilung für Zahnerhaltung der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Leipziger Universität.

Im Jahr 1961 verteidigte Prof. Lange seine Habilitationsschrift zum Thema „Klinische, röntgenologische und histologische Untersuchungen zur Therapie des infizierten Wurzelkanals bei chronischen apikalen Parodontitiden und radikalen Zysten“. Diese Thematik spiegelt vor dem Hintergrund der damals außerordentlich häufigen Erkrankungen des Endodonts ein therapeutisches Problem wider. Prävention und Therapie von Entzündungen der Pulpa sowie ihrer Folgezustände blieben ein Inhalt seiner wissenschaftlichen Arbeit auch in Zeiten, als mancherorts geglaubt wurde, dass dieser Schwerpunkt zahnärztlicher Tätigkeit

angesichts der Erfolge der Kariesprävention nur noch eine Randbedeutung haben würde.

Nach Schaffung des Lehrstuhls für Konservierende Stomatologie mit den Bereichen Kariologie, Endodontologie, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde an der Friedrich-Schiller-Universität Jena erfolgte 1966 die Berufung von Prof. Dr. Dr. Georg Lange und seine Einsetzung als Direktor für die ebenfalls neu installierte Poliklinik für Konservierende Stomatologie. Es sollte noch 17 Jahre dauern, bis nach zähem Ringen mit der damaligen Klinik- und Universitätsleitung endlich im Jahre 1983 (!) die räumliche Konstituierung nach einer Rekonstruktion der alten Zahnklinik in der Bachstraße realisiert wurde. Drei Dachkammern und ein Behandlungszimmer waren bis dahin die ihm zur Verfügung gestellten Räume. Dass er trotzdem nie den Mut und Optimismus verlor, gehört zu den Eigenheiten des Jubilars.

Die Ausbildung der Studenten war für Prof. Dr. Dr. Lange eine Hauptaufgabe des Hochschullehrers. Neben seiner umfangreichen Behandlungstätigkeit verging kein klinischer Kurs, den er nicht inspiziert und durch kritische Fragen und praktische Hinweise bereichert hätte. Viele ehemalige Studierende der Zahnmedizin werden sich erinnern, dass er nicht nur Ratschläge gab, sondern auch selbst bei schwierigen Behandlungen Hand anlegte. Sein besonderes Interesse an der Lehre kommt auch darin zum Ausdruck, dass er jahrelang Verantwortlicher für die studentische Ausbildung in der Zahnmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität Jena war.

Unter dem Direktorat von Prof. Dr. Dr. Lange konnten sich drei Mitarbeiter, später selbst Professoren, habilitieren. Neben seinen Vorträgen und Publikationen zeugen auch 24 Promotionen und über 80 Diplomarbeiten von den wissenschaftlichen Aktivitäten in seiner Poliklinik. Er selbst gehörte zu denjenigen, denen trotz mehrfacher Einladungen zu Vorträgen nach 1961 die Kongressteilnahme in westlichen Ländern verwehrt wurde.

Für seine Mitarbeiter und Studenten ist Prof. Dr. Dr. Lange ein Chef gewesen, der immer ansprechbar war und bei auftretenden fachlichen, aber auch persönlichen Problemen mit

Rat und Tat zur Seite stand. Absoluter Disziplin konnte sich jeder seiner Unterstellten in Zeiten politischer Bedrückung sicher sein. Dass er versuchte, sich schützend vor seine Assistenten zu stellen, wenn diese Repressalien ausgesetzt waren, ist von vorgesetzten Dienststellen erwartungsgemäß nicht wohlwollend registriert worden.

Bescheidenheit und Pflichterfüllung, aber auch Unduldsamkeit gegenüber Nachlässigkeiten oder Oberflächlichkeit waren Kennzeichen seiner Leitungstätigkeit. Mit diesen Einstellungen hat er sein ehemaliges Arbeitsteam geprägt.

Nach dem Ausscheiden aus dem Hochschuldienst arbeitete er noch lange in der Praxis seiner Tochter, um langjährige Patienten weiter zu behandeln. Inzwischen hat er seine Instrumente jedoch zur Seite gelegt, ist aber an fachlichen Fragestellungen, speziell an der Endodontie, nach wie vor interessiert. Zu den Veranstaltungen des Vereins zur Förderung von Lehre und Forschung in der Zahnmedizin, zu dessen Ehrenmitgliedern er zählt, und akademischen Veranstaltungen ist Prof. Dr. Dr. Lange immer ein gern gesehener Gast.

Die ehemaligen Mitarbeiter, Freunde und Schüler wünschen dem Jubilar zu seinem 80. Geburtstag herzlich weiterhin Gesundheit, Lebensfreude und ungeminderte Anteilnahme am Geschehen seiner früheren Lehreinrichtung.

*Prof. Dr. med. dent. habil.
Eike Glockmann,
Geschäftsführender Direktor
des Zentrums für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde am
Klinikum der FSU Jena*

Dr. Joachim Richter zum 65. Geburtstag



Dr. Joachim Richter

Foto: LZKTh

Am 4. Dezember feierte der langjährige Fortbildungsreferent der Landes Zahnärztekammer Thüringen, Dr. Joachim Richter, seinen 65. Geburtstag. Dies ist nur eine nüchterne Jahreszahl. Wenn allerdings der „Jubilant“ sich eigentlich noch nicht als solcher fühlt und mit ungebrochener Agilität sowohl beruflichen Alltag, gesellschaftliches Engagement als auch besonders sportliche Liebhabereien in Einklang bringt, fällt es schwer, diese irgendwie magische Zahl 65 heraushebend zu erwähnen. Dies ist nun mal ein so gravierender Lebensabschnitt und soll trotzdem eine besondere Würdigung finden.

Mit dem Namen Dr. Joachim Richter ist der erfolgreiche Aufbau der Fortbildungsakademie „Adolph Witzel“ der LZK Thüringen untrennbar verbunden. Zwar ist dies nur ein kleiner Abschnitt in 65 Lebensjahren, aber wohl nicht nur für die Thüringer Zahnärzteschaft besonders erwähnenswert.

Die Geburtsstunde von Joachim Richter schlug 1940 in Chemnitz in einer sehr dunklen Zeit. Der Vater fiel im Krieg und so musste er als Heranwachsender sehr zeitig in der Tanzschule seiner Mutter helfen. Dieses Faible für das gesellschaftliche Besondere damals und auch heute hat er sich erhalten – zu spüren bei von ihm organisierten wunderschönen Zahnärzteballen.

Nach dem Abitur 1959 und dem Wehrdienst begann er im August 1961 das Studium der Zahnmedizin an der Friedrich-Schiller-Universität unter Herrn Professor Henkel. 1966 erfolgten das Staatsexamen sowie die Approbation und schon im Januar 1967 wurde er bei Professor Frunder im Fach Biochemie promoviert.

Nach einer Interimslösung als Assistenz Zahnarzt in der zahnärztlichen Abteilung der Poliklinik Rochlitz/Sachsen von Januar 1967 bis Januar 1968 arbeitete Dr. Richter als Zahnarzt bis zum November 1974 in der Staatlichen Zahnarztpraxis im Saalfelder Stadtteil Gornsdorf. 1970 beendete er die Ausbildung zum Fachzahnarzt Allgemeine Stomatologie. Die Ausbildung dazu erfolgte unter dem Mentor Dr. Otto von der Betriebspoliklinik der Maxhütte Unterwellenborn.

Im Januar 1974 wurde Dr. Richter zum Chefarzt der Zahnärztlichen Abteilung der Poliklinik des Agricola-Krankenhauses Saalfeld berufen. Damals war dieser Abteilung ein zahntechnisches Labor mit mehr als zehn Mitarbeitern angegliedert. Das Neue hat Herrn Kollegen Richter schon immer gereizt. So arbeitete er auch einmal neun Monate als Schiffs Zahnarzt.

Bei allem erfolgreichen beruflichen Werdegang darf das Private nicht vergessen werden. Dr. Richter ist verheiratet mit einer Kollegin, Frau Ute Richter. Die beiden Söhne sind beruflich in die Fußstapfen der Eltern getreten.

In der DDR war Herr Dr. Richter fast zehn Jahre Kreis Zahnarzt des Kreises Saalfeld und Mitglied der Prüfungskommission für die Fachzahnarzt Ausbildung des Bezirkes Gera. Als Hospitant im Fach Parodontologie habe ich persönlich das sehr hohe fachliche Niveau der Fachpoliklinik für Stomatologie in Gera kennen und schätzen gelernt. Fachlich engagierte sich Jochen Richter in der Gesellschaft für Prothetische Stomatologie der DDR.

Trotz dieser Vorliebe für die prothetische Zahnheilkunde absolvierte er noch die Ausbildung zum Oralchirurgen und schloss diese erfolgreich ab, als er schon Mitglied des Vorstandes der Landes Zahnärztekammer Thüringen war. In diesen Vorstand wurde er 1991

gewählt und sofort mit dem Aufbau des Referates Zahnärztliche Fortbildung beauftragt. Sehr hilfreich für uns als Kammervorstand waren seine Kontakte zur Friedrich-Schiller-Universität Jena. Der hauptsächlich von ihm organisierte erste IUZ-Zyklus war das erste große Fortbildungsereignis, das fachlich und auch menschlich kollegial über 120 Zahnärzte für die Dauer von zwei Jahren begleitete und zusammenführte. Die Zahnärztetage wurden von Mal zu Mal erfolgreicher.

Auch wenn diese Zahnärztetage immer ein Teamerfolg der Verantwortlichen war – jede Vision braucht ihre Realisierung. Diese lag hauptsächlich in den Händen von Dr. Joachim Richter. Man spürte dabei auch seine Vorliebe für das exakte Organisieren von Veranstaltungen. Nach zwölf Jahren Vorstandsarbeit zog sich Kollege Richter 2003 aus dieser zurück. Das bedeutete aber nicht, dass er sich völlig aus der Beziehung zur Zahnärztekammer löste. Die Berufung in den Fortbildungsausschuss und die damit verbundenen Aufgaben nimmt er weiterhin sehr ernst.

Ich – nun mit Herrn Kollegen Dr. Eckstein „Dienstältester“ im Vorstand der Landes Zahnärztekammer – habe mehrere Eigenschaften an Jochen Richter schätzen gelernt. Dazu gehört in erster Linie seine Ehrlichkeit, mit der er sich zu seiner Arbeit bekennt. Aber auch die heute immer seltener werdenden Tugenden wie die Erfüllung eines Versprechens, Treue zu einer Freundschaft sowie das Vermitteln zwischen unterschiedlichen Auffassungen prägen aus meiner Sicht sein Umfeld und führten zu seiner hohen Akzeptanz.

Im Namen des Vorstandes der Landes Zahnärztekammer Thüringen und aller an einem hohen Fortbildungsniveau interessierten Kolleginnen und Kollegen wünsche ich Herrn Kollegen Dr. Joachim Richter einen engagierten und erfüllten „Unruhestand“ sowohl im beruflichen als auch im privaten Alltag bei bester Gesundheit.

*Dr. Gottfried Wolf,
Vizepräsident der LZK Thüringen*

Pflegebedürftige und Mundgesundheit

Fortbildungsveranstaltung zu Alterszahnheilkunde

Von *Brigitte Kozlik*

Am 9. November fand in der Landes Zahnärztekammer ein Fortbildungs- und Diskussionsnachmittag des Arbeitskreises Alterszahnmedizin und Behindertenbehandlung statt. Nach einleitenden Worten durch dessen Vorsitzenden Dr. Jürgen Junge referierte Prof. Dr. Christoph Benz, 2. Vorsitzender des Arbeitskreises Gerostomatologie, zum Thema „Neues Alter – Pflege – Mundmedizin“.

Vorbeugen lohnt sich immer und Maßnahmen, die jüngeren Menschen helfen, nützen ebenso beim älteren Menschen. Ohne Zähne kommt der Mensch auf die Welt – ohne Zähne verlässt er sie. Letzteres trifft heute nicht mehr zu, denn mit modernen Vorbeugungs- und Behandlungsmethoden gelingt es immer mehr und besser, die natürlichen Zähne bis ins hohe Alter zu erhalten. Vorbeugen heißt, in Zusammenarbeit mit dem Zahnarzt gemeinsam die Mundgesundheit zu erhalten.

Die Zahl alter Menschen steigt und damit steigt die Zahl Pflegebedürftiger. Schon heute leben in Deutschland 2,04 Millionen Pflegebedürftige im häuslichen Bereich sowie in Pflegeheimen mit einer Pflegestufe II und III. Diese Menschen können Mundpflege oft nicht selbst durchführen und deshalb sind eine präventive zahnmedizinische Betreuung sowie strukturerhaltende Therapiekonzepte und das tägliche Zähneputzen unbedingt notwendig. Das Pflegepersonal ist oft nicht auf die neuen Herausforderungen eingestellt und muss durch Schulungen mit dieser Problematik vertraut gemacht werden. Einzubeziehen sind auch Pflegenden von demenz erkrankten Menschen im häuslichen Bereich.

Fünf wichtige Gründe sprechen für die Bedeutung der Mundpflege in der Pflege: Der Mund ist eine Eintrittspforte für Bakterien in den Körper. Die Ansammlung von Bakterien auf Zähnen und Prothesen hat einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit. So besteht ein Zusammenhang zwischen der Mundhygiene und Lungenerkrankungen, dem Risiko für Schlaganfälle und Herzerkrankungen. Nicht selten

werden Mundprobleme solange ignoriert, bis Zähne in Notfallbehandlungen entfernt werden müssen. Durch die geringe Anpassungsfähigkeit pflegebedürftiger Menschen ist Zahnersatz jedoch oft nicht mehr möglich. Ein Verlust an Kaufunktion ist die Folge.

Die Ernährung hat für Pflegebedürftige neben der physischen auch eine besonders wichtige emotionale und soziale Bedeutung. Weniger Kaufunktion und Schmerzen im Mund behindern die Nahrungsaufnahme. Eine Magensonde kann die „psychische“ Seite des Essens nicht ersetzen. Die Behandlung akuter Zahnschmerzen bei pflegebedürftigen Menschen kann oft nicht zeitnah erfolgen. Mit der richtigen Vorbeugung kommt es viel seltener zu Notfallsituationen. Mundpflege spart Zeit in der Pflege, weil Nahrung leichter aufgenommen wird und Zahnbehandlungen viel seltener organisiert werden müssen.

Prof. Benz merkte an, dass die zahnmedizinische Versorgung von pflegebedürftigen Menschen eine besondere Herausforderung darstellt und plädierte dafür, dass an Universitäten eine solche Ausbildungsmöglichkeit etabliert wird.

Die nächste Jahrestagung des bundesweiten Arbeitskreises Gerostomatologie wird am 1. April 2006 in Zusammenarbeit mit der Landes Zahnärztekammer Thüringen in Erfurt stattfinden.



Prof. Dr. Christoph Benz bei seinem Vortrag in der Landes Zahnärztekammer.

Foto: Wolf

Zahnärzteschaft schreibt neues Konzept fest

Berlin (tzb/dgzmk). Auf dem Deutschen Zahnärztetag in Berlin stellten Bundes Zahnärztekammer (BZÄK), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) sowie Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) nach fünfjähriger Vorbereitung ihr Konzept der Neubeschreibung einer präventionsorientierten Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) vor. Dabei werden über alle Fachbereiche hinweg, ausgehend von einer strukturierten Diagnostik, die wissenschaftlich abgesicherten Methoden und Maßnahmen der gesamten Zahnmedizin unter besonderer Berücksichtigung der Prävention beschrieben.

Die Präsidenten von BZÄK und DGZMK, Dr. Dr. Jürgen Weitkamp und Prof. Dr. Georg Meyer, sowie der Vorsitzende der KZBV, Dr. Jürgen Fedderwitz, erwarten von der Gesundheitspolitik die entsprechende Berücksichtigung des Konzepts der Neubeschreibung einer präventionsorientierten ZMK auf wissenschaftlicher Basis bei zukünftigen gesundheitspolitischen Weichenstellungen.

Das Prinzip der Schadensvermeidung, frühzeitigen Erkennung sowie einer minimalinvasiven und ursachengerechten Restauration als Basis des neuen Konzepts muss nach Auffassung der drei Organisationen auch Eingang in den Leistungskatalog einer neu zu gestaltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) finden. Seit die für die Privatpatienten maßgebliche GOZ Ende der 80er Jahre das letzte Mal aktualisiert wurde, hat die Zahnmedizin ihr Gesicht grundlegend verändert.

Die Erfolge, die mit dem Prinzip der Vorbeugung beispielsweise in der Jugendprophylaxe erzielt werden konnten, nehmen im internationalen Vergleich inzwischen Spitzenpositionen ein. Die Zahnmedizin hat damit die Wirksamkeit des grundsätzlichen Ansatzes belegt. Darüber hinaus weisen aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse auf die Wechselwirkungen von Erkrankungen des Mundraums mit denen des Gesamtorganismus hin.

Kammern Grundpfeiler der Freiberuflichkeit

Bundesversammlung 2005 der BZÄK in Berlin

Von Dr. Gottfried Wolf

Nachdem der erste Deutsche Zahnärztetag schon 2003 in Berlin stattgefunden hatte, wurde der dritte wiederum in Berlin durchgeführt. Das Konzept von DGZMK, BZÄK und KZBV, in einem sich überlappenden und eng gezogenen Terminspektrum sowohl wissenschaftliche Fortbildung als auch standespolitische Vertreterversammlungen zu vereinen, scheint sich zu bewähren. Zumindest kann man mit Fug und Recht behaupten, dass sich das Konzept etabliert hat. Das wissenschaftliche Programm wurde von mehr als 5 000 Teilnehmern besucht.

Die Bundesversammlung der Bundeszahnärztekammer – Thüringen war mit vier stimmberechtigten Delegierten sowie Kammerpräsident Dr. Lothar Bergholz vertreten – bearbeitete zwanzig Anträge, von denen die wichtigsten vorgestellt werden sollen. Ein Beschluss definierte die Kammern als die Grundpfeiler der Freiberuflichkeit. Als freiberuflich-selbstverwaltete und damit ehrenamtlich geführte Einrichtungen verkörpern sie ärztliche Unabhängigkeit ebenso wie gemeinwohlorientierte Bindung und sind damit Gewähr freiberuflicher zahnärztlicher Tätigkeit des Patienten und der Allgemeinheit.

Die Bundesversammlung forderte die Erneuerung der Gebührenordnung für Zahnärzte/GOZ unter Beachtung der Erhaltung der Vertragsfreiheit zwischen Zahnarzt und Patient sowie Freiheit der Honorargestaltung mit Verurteilung einer Subsidiarität einer geplanten Honorartaxe. Angenommen wurden auch die Anträge, die die ersatzlose Streichung des § 95 d SGB V sowie die Kostenerstattung ohne bürokratische Hürden in der GKV forderten.

Streitpunkt Oralchirurgie

Entgegen den Bestrebungen der Berufsverbände der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen sowie der Oralchirurgen sprach sich die Bundesversammlung für den Erhalt des



Die Thüringer Delegierten Dr. Gottfried Wolf, Dr. Andreas Wagner, Dr. Gunder Merkel, Dr. Christian Junge und Dr. Lothar Bergholz auf der BZÄK-Bundesversammlung in Berlin.

Foto: BZÄK/axentis.de

zahnärztlichen Weiterbildungsganges Oralchirurgie aus. Hingegen möchten die Verbände die bisher getrennten Weiterbildungsgänge Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Oralchirurgie zusammenführen. Nach ihren Vorstellungen soll künftig nur noch eine Weiterbildung zum Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen erfolgen mit dem Ziel der abschließenden Doppelapprobation. Die Weiterbildung zum Oralchirurgen mit zahnärztlicher Approbation würde demnach ganz entfallen. Das brisante Thema wurde kontrovers diskutiert.

Weitere Anträge forderten eine zukunftsorientierte Reform des Gesundheitssystems mit weniger Regulierung und die Sicherung der Selbstverwaltung des zahnärztlichen Berufsstandes auch in einem zukünftigen Europa. Wiederum nicht ohne Zündstoff war die Forderung an den Gesetzgeber und das Robert-Koch-Institut, den unverhältnismäßigen Forderungen einiger Landesbehörden, Teilen der Industrie und einiger Dienstleistungsanbieter zur Einführung von aufwändigen Validierungsmaßnahmen zahnärztlicher Sterilisatoren/Thermodesinfektoren entgegenzutreten. Dagegen begrüßte es die Bundesversammlung, dass das Bundesgesundheitsministerium die Einführung akademischer Studiengänge zur Ausbildung als Dentalhygieniker ablehnt.

BZÄK erhöht Mitgliederpauschale

Fast zu einem Eklat kam es beim Thema Haushalt. Er lag nicht allen Delegierten vor, vermutlich ein technisch-organisatorisches Versagen. Dabei entbehrt der Haushalt der BZÄK nicht der Brisanz: Er sieht eine Erhöhung der Mitgliedspauschale vor, die die Landes Zahnärztekammern an die BZÄK abführen – sie wird von derzeit 5,88 auf 6,70 Euro aufgestockt, wofür trotz massiver Gegenstimmen eine Mehrheit votierte. Ich persönlich erachte diese Erhöhung für unnützlich und auch unsensibel. Bei der Zunahme der wirtschaftlichen Einschränkungen in vielen deutschen Zahnarztpraxen mit Rückgang der Beitragseinnahmen ist schon diese Beschlussvorlage allein für mich nicht nachvollziehbar und unmöglich.

Der wissenschaftliche Teil des Zahnärztetages fand im Berliner ICC statt. Während die Zahl von 5000 Teilnehmern einerseits als Trauzahl gewertet wurde, gab es auch Stimmen, die derartig Großveranstaltungen wegen ihrer unpersönlichen Atmosphäre sehr skeptisch betrachteten und auch die räumliche Trennung des Zahnärztetages bedauerten. Für die Delegierten der Landes Zahnärztekammer wie auch die Referenten Dr. Robert Eckstein (Helferinnen) und Dr. Guido Wucherpfennig

(Fortbildung) war der Zahnärztetag Berlin eine organisatorische, aber auch fachliche Orientierung für den Deutschen Zahnärztetag 2006 in Erfurt.

Geschichtsexkurs mit Momper

Interessant am diesjährigen Zahnärztetag war für mich persönlich auch ein Exkurs in die Geschichte des Berliner Abgeordnetenhauses, wo der Kongress mit einem Festakt eröffnet wurde. Der Hausherr und Präsident des Berliner Abgeordnetenhauses, der frühere Regierende Bürgermeister Walter Momper (SPD) – ohne roten Schal! – unternahm mit den Gästen eine rhetorische Führung durch Vergangenheit und Gegenwart dieses geschichtsträchtigen Hauses, das von 1892 bis 1904 zwischen Leipziger und Prinz-Albrecht-Straße (heute Niederkirchnerstraße) als Preußischer Landtag errichtet wurde. Während der Novemberrevolution 1918 wurde hier der Beschluss gefasst, Wahlen zur Nationalversammlung anzuberaumen und damit die Grundlage für das parlamentarische System der späteren Weimarer Re-



*Die Zentralveranstaltung des deutschen Zahnärztetages im geschichtsträchtigen Berliner Abgeordnetenhaus.
Foto: BZÄK/axentis.de*

publik zu schaffen. Auch die KPD wurde in den Revolutionstagen 1918 hier gegründet. Bis zum Machtantritt der Nationalsozialisten, die 1934 die deutschen Länder auflösten, war das Gebäude Sitz der preußischen Landesregierung. Während des Nationalsozialismus wurde das Gebäude vom Reichsluft-

fahrtministerium genutzt. Nach dem zweiten Weltkrieg erfuhr es wechselnde Nutzungen als Sitz der Deutschen Wirtschaftskommission (1946-1949), des DDR-Ministerrats und der staatlichen Planungskommission. Seit 1993 ist es Domizil des Berliner Abgeordnetenhauses.

Verbandsfusion beim Praxispersonal

Landeshauptversammlung wählte neuen Vorstand

Oberhof (bda). Die Landesverbände Hessen, Sachsen-Anhalt und Thüringen des Berufsverbandes der Arzt-, Zahnarzt- und Tierärzthelferinnen e. V. (BdA) haben sich zusammengeschlossen. Zugleich wurde auf der Landeshauptversammlung in Oberhof ein neuer Vorstand gewählt.

Neue Landesvorsitzende nach der Fusion ist Claudia Siebert (Hessen). Beate Schulz (Thüringen) wurde als Stellvertreterin und Karin Thiemann (Sachsen-Anhalt) als Schrift- und Protokollführerin gewählt. „Somit spiegelt sich in der Zusammensetzung des Landesvorstandes die bisherige gute Kooperation der Länder wider“, erklärte dazu Beate Schulz. „Da wir außerdem die jüngste und die älteste

Teilnehmerin der Landeshauptversammlung in den Vorstand gewählt haben, ist auch die Generationen übergreifende Zusammenarbeit gesichert.“ In ihrer Rede zur Verabschiedung der bisherigen Landesvorstände würdigte Ingrid Gerlach, 2. Vorsitzende Geschäftsführerin des BdA, die bisher geleistete Aufbauarbeit in den neuen Bundesländern und die kontinuierliche Arbeit im Landesverband Hessen.

Auf der kommenden Bundeshauptversammlung im Mai 2006 will der neue Landesverband den Antrag auf eine Namensänderung stellen. Die Delegierten von Hessen, Sachsen-Anhalt und Thüringen haben sich für BdA „Mitte“ entschieden. Die Fusion der Landesverbände war im Mai beschlossen worden.

Wissenschaftlicher Abend der MGZMK

Erfurt (mgzmk). Der nächste wissenschaftliche Abend der Mitteldeutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (MGZMK) am Mittwoch, dem 25. Januar 2006, befasst sich mit der Parodontologie. Prof. Dr. Reiner Mengel vom Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Philipps-Universität Marburg referiert zum Thema „Parodontologische Grenzfälle in der zahnärztlichen Praxis“. Interessierte Zahnärzte sind dazu herzlich eingeladen.

Anmeldungen bitte bis 12.01.06 an:

Dr. Christian Junge
Lindenstraße 10, 99894 Freidrichroda
☎ 036 23/30 43 42, Fax: 036 23/30 73 45

Termin: Mittwoch, 25. Januar 2006, 18 Uhr
Ort: Victor's Residenz-Hotel Erfurt

Lehrstuhl für Kieferorthopädie neu besetzt

Prof. Dr. Christopher J. Lux seit 1. November an Universität Jena im Amt

Jena (fsu). Der Lehrstuhl für Kieferorthopädie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena ist nach längerer Vakanz wieder besetzt. Seit 1. November ist Prof. Dr. med. dent. Christopher J. Lux neuer Ordinarius.

Nach dem zahnärztlichen Staatsexamen an der Universität Heidelberg war Lux 1994/1995 zunächst als Assistent in der Poliklinik für Zahnerhaltung in Heidelberg (Direktor: Prof. Dr. Dr. H. J. Staehle) tätig. 1996 bis 1999 absolvierte er an der Universität Heidelberg die Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie (Direktorin: Frau Prof. Dr. G. Komposch). 2002 wurde er zunächst zum Funktionsoberarzt, später zum Leitenden Oberarzt der Poliklinik für Kieferorthopädie in Heidelberg ernannt. 2003 schloss er die Habilitation im Fach Kieferorthopädie ab, die die dreidimensionale Erfassung des Kiefer- und Gesichtschädelwachstums bei verschiedenen kieferorthopädischen Anomalien zum Gegenstand hatte. Weitere wissenschaftliche Schwerpunkte waren die Er-

fassung der physiologischen Kieferentwicklung im präpubertären und pubertären Altersabschnitt, die Möglichkeiten und Grenzen der Wachstumsvorhersage in der Kieferorthopädie, sowie die Wirkungsweise funktionskieferorthopädischer Apparaturen. Seine Untersuchungen zum Kiefer- und Gesichtschädelwachstum wurden mit drei Wissenschaftspreisen (1. Preis des BZÄK/DGZMK/Dentsply-Förderpreises, WJB Houston Research Award der European Orthodontic Society, 3. Posterpreis der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie) ausgezeichnet.

Die bisherige klinische Tätigkeit von Prof. Lux weist neben der klassischen kieferorthopädischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen auch interdisziplinär geprägte Schwerpunkte auf, wie die kieferorthopädisch-interdisziplinäre Behandlung von Erwachsenen sowie – in Zusammenarbeit mit der Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie – von Patienten mit skelettalen Dysgnathien.



Prof. Dr. Christopher J. Lux Foto: FSU

Prof. Lux ist Nachfolger von Prof. Dr. Heinz Graf, der den Lehrstuhl bis 2001 innehatte. Zuletzt wurde die Poliklinik für Kieferorthopädie von PD. Dr. med. dent. habil. Udo Langbein kommissarisch geleitet.

Zahnfreundliche Süßigkeiten im Test

Jenaer Klinik für Präventive Zahnheilkunde sucht Probanden

Jena (fsu). Die Poliklinik für Präventive Zahnheilkunde an der Friedrich-Schiller-Universität Jena sucht Probanden, die über einen längeren Zeitraum an Tests mit neuen zahnfrendlichen Süßigkeiten teilnehmen wollen. Die Probanden sollten Prothesenträger sein, da für die Messung das Tragen einer Spezialprothese für den Unterkiefer an jeweils drei bis vier Messtagen pro Monat erforderlich ist, die aber keinerlei Einschränkungen verursacht. Die Teilnehmer an den Messungen müssten ein- bis zweimal im Monat für jeweils einen halben Tag in der Poliklinik in Jena zu den Untersuchungen erscheinen und erhalten dafür ein Honorar. Interessenten aus dem Raum Jena sollten sich zur Teilnahme an einer Eignungsüberprüfung anmelden.

Ein lachender Backenzahn mit Schirm – unter diesem Logo (Foto rechts) finden sich in den Regalen der Apotheken, Drogerien und Supermärkte zahnfrendliche Süßigkeiten. Statt des zahnschädigenden Zuckers enthalten diese Zuckeraustauschstoffe wie Sorbit. Welche Süßwaren das Logo „zahnfreundlich“ führen dürfen, darüber entscheiden weltweit drei Gutachtereinrichtungen. Neben Instituten in Tokio und Zürich gehört dazu auch das Universitätsklinikum Jena.



Kontakt: ☎ 0 36 41/93 48 01

Kombinierte regenerative Therapie

Dr. George Gabbour, Erfurt

zum Heraustrennen und Sammeln

Prinzipien und Bewertungskriterien der Parodontaltherapie

Das oberste Ziel einer kurativen Parodontaltherapie ist die Erhaltung der Zähne des Patienten. Wenn Gewebeanteile infolge der parodontalen Krankheit bereits verloren sind, sollte die Regeneration des Attachments und damit die Bildung von neuer Gingiva, Knochen, parodontalem Desmodont und Zement angestrebt werden (Cortellini & Bowers 1995, Ehmke & Flemmig 1998, Tabelle 1). Das Prinzip der Parodontitisbehandlung entspricht einem stufenförmigen Konzept, wobei die Durchführung der ersten Stufe immer für die nächsten Schritte vorausgesetzt wird.

Grundlage jeder kausalen Parodontitistherapie ist die mechanische Reinigung der Zahn- und Wurzeloberfläche sowie der parodontalen Taschen (Rateitschak et al. 1989). Hierbei finden verschiedene Methoden Anwendung, wobei die konservativen Behandlungsformen geschlossen und die chirurgischen bereits offen, d. h. mit Offenlegung der Taschen durch „Aufklappen“ des Zahnfleisches, umgesetzt werden.

Nach einer Vorbereitungsphase mit radiologischer Diagnostik, Verbesserung der Mundhygiene und Zahnreinigung schließt sich die eigentliche regenerative Intervention an. Die Therapieoptionen umfassen ein weites Spektrum von der konventionellen Wurzelreinigung (mit oder ohne Lappenplastik, Synonym:

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Konservative Therapien	Konventionelle Therapien	Adjuvante Therapien
Vorbereitungsphase, nicht chirurgische Therapie	Chirurgische Interventionen	
<ul style="list-style-type: none"> - Patientenberatung - Mundhygiene - Zahnreinigung, - supra- und subgingivales Scaling (geschlossen), Wurzelglättung - gingivale Kürettage (geschlossen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Chemische und biochemische Vorbehandlungen, Wurzelkonditionierung, z. B. mit Zitronensäure, Fibronektin, Tetracyclin - Scaling (offenes) - Gingivektomie/Gingivoplastik - offene Kürettage, ENAP (Excisional New Attachment Procedere) - Lappenoperation (open flap debridement, synonym Widman-Flap) - kombinierte operative Techniken 	<ul style="list-style-type: none"> - Knochentransplantate, z. B. patienteneigener oder entkalkter, gefriergetrockneter Knochen - Implantate aus Füllungsmaterialien, z. B. Hydroxylapatit - Einsatz von Membranen (gesteuerte Geweberegeneration, GTR) - Wachstum fördernde Proteine - systemische Antibiose
Erreichbares Ziel: <ul style="list-style-type: none"> - Entzündungsfreiheit - Klinisch: z. B. Plaque-Indizes, Hygiene-Indizes 	Erreichbares Ziel: <ul style="list-style-type: none"> - Reparation - Klinisch: Parodontal-Disease-Index (PDI) 	Erreichbares Ziel: <ul style="list-style-type: none"> - Regeneration - Klinisch: Sondierungstiefe, Attachmentverlust

Tabelle 1: Stufenkonzept der Parodontitistherapien, zusammengestellt aus: (Cortellini & Bowers 1995, Deschner & Spallek 1995, Tan 1993, Rateitschak et al. 1989 und andere im Text genannte Quellen)

Korrespondenzanschrift

Dr. med. George Gabbour
Wartburgstr. 63
99094 Erfurt

Literatur

Literatur beim Verfasser

Noninvasiv	Invasiv
Klinische Beurteilung: <ul style="list-style-type: none"> – Messung der Sondierungstiefe – Messung des Attachmentgewinns – Messung der gingivalen Rezession 	Klinische Beurteilung: <ul style="list-style-type: none"> – direkte Beurteilung der Knochenveränderungen bei operativem Wiedereingriff („Reentry“)
Radiologische Beurteilung: <ul style="list-style-type: none"> – konventionelle Auswertung der Röntgenbilder – digitale Subtraktionsradiographie 	Histologische Beurteilung: <ul style="list-style-type: none"> – Entnahme von Biopsiematerial – Entnahme des Zahnes

Tabelle 2: Verfahren zur Beurteilung des parodontalen Therapieerfolges (Benn 1990, Christgau et al. 1995, Christgau et al. 1996, Lynch 1992, Rühling et al. 1992, Wenzel et al. 1992, Zappa 1991)

offene oder geschlossene Kürettage) bis zum Einsatz von Knochensubstituten oder Membranbarrieren. Die Verfahren der Stufe 2 und 3 können separat oder kombiniert angewandt werden, um die Heilung der intraossären Defekte zu steigern (Cortellini & Bowers 1995).

Die Beurteilung des intraindividuellen Erfolges in der Parodontaltherapie erfordert immer einen Vergleich des Prä- und Poststatus im Mund. Für die Bewertung stehen verschiedene Auswertmethoden zur Verfügung, die in noninvasive und invasive Vorgehensweisen differenziert werden können (Tabelle 2).

Jedes Beurteilungsverfahren hat sowohl Vor- als auch Nachteile. So bietet die noninvasive Messung der Sondierungstiefe und des klinischen Attachments den großen Vorteil der routinemäßigen Durchführbarkeit mit geringen Hilfsmitteln und geringer, tolerierbarer Belastung für den Patienten mit geringer Traumatisierung des Gewebes. Ein Nachteil dieses Verfahrens besteht darin, dass weder die Art des gebildeten Attachments (epithelial

oder bindegewebig) definiert noch ein Schluss auf die Hartgewebsveränderungen gezogen werden kann.

Regenerative Therapie – quo vadis?

Mechanisch wirkende regenerative Therapiemethoden (Ausschluss des Epithels vom Wundgebiet usw.) haben sich in der Zahnmedizin etabliert und bewährt, vor allem im Bereich von Chirurgie, Parodontologie und Implantologie.

Im geschlossenen Situs sind die erstrebten Resultate gut voraussagbar (Kammaufbau; „guided bone regeneration“, GBR; Sinusbodenelevation u. a.). In offenen, kontaminierten Wunden (parodontale Taschenchirurgie) sind die Ergebnisse oft bescheidener; manchmal übertreffen sie die der reinen Zugangschirurgie kaum. Außerdem findet die Regeneration im parodontalen Bereich unter extrem erschwerten Bedingungen statt.

Kernproblem ist nach wie vor die Schaffung einer syndesmatischen „De-novo“-Verbindung von harter, zellfreier Zahnwurzeloberfläche mit den umgebenden Geweben (Zement, Ligament, Knochen und Bindegewebe).

Die „mechanistischen“ Regenerationsmethoden (Füllstoffe, Membranen) erfüllten die Erwartungen nur zum Teil, bringen bei immer größerer Kompliziertheit eine 50- bis 60-prozentige, nicht aber eine vollständige Regeneration.

„Biologische“ oder „biologisch unterstützte“ Regenerationsmethoden wie die Anwendung von Wachstums- und Differenzierungsfaktoren, von morphogenen Proteinen (z. B. BMP), auch das „tissue engineering“, werden sicher eine große Zukunft haben, sind aber noch nicht praxisreif.

Die seit 1997 etablierte Emdogain-Technik erzielt hervorragende, aber noch keinesfalls einheitliche Resultate (Heijl et al. 1997; Abb. 1).

1999 konnten Pontoriero et al. den Vergleich von Emdogain mit weiteren regenerativen Methoden (GTR) erbringen. Er zeigte, dass Emdogain in Kombination mit dem modifizierten Widman-Lappen (MWF) die Operationstechnik vereinfachen soll und dabei eine ebenso gute Regeneration erzielt wie die bedeutend schwierigeren, technisch sensibleren Membrantechniken (GTR, Abb. 2).

Der klinische Nachweis einer parodontalen Regeneration wurde nach Anwendung einer Vielzahl von regenerativen Techniken und Materialien erbracht. Obwohl es für einen bestimmten parodontalen Defekt mehrere Behandlungsmöglichkeiten gibt, kann sich der Zahnmediziner für einen kombinierten Ansatz entscheiden. Diese Entscheidung basiert oft auf der praktischen Erfahrung („Die Defektart bestimmt, welche Kombinationsform es sein soll.“) und ist stets von der innovativen Orientierung des Zahnarztes abhängig. Ein kombinierter Ansatz in der Parodontologie und Implantologie kann vielfältig und variabel sein. Zu den verschiedenen Möglichkeiten gehören:

1. die Biomodifikation der Wurzeloberfläche (mit Ethylendiamintetraessigs (jura [EDTA] z. B. PrefGel™ (visköse 24%ige EDTA-Lösung) oder Zitronensäure, Abb. 3),
2. ein Knochentransplantatmaterial (z. B. demineralisiertes, gefriergetrocknetes allogenes Knochentransplantat [deminera-

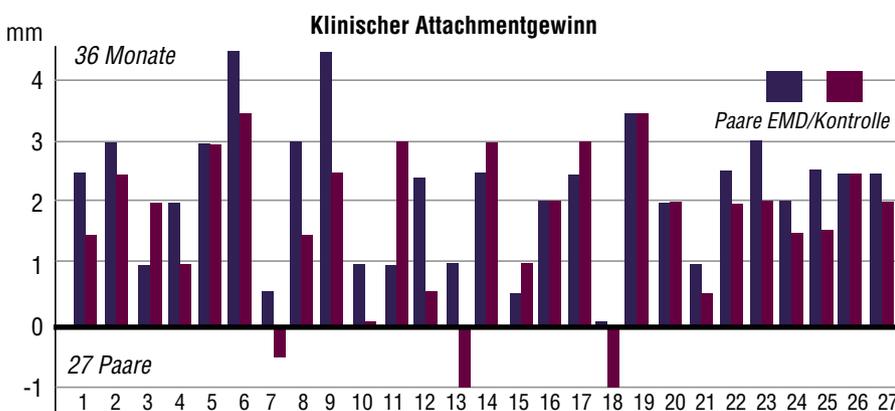


Abb. 1 - Bei einem „Split-mouth“-Versuch von 27 Patienten/paraurige Resultate. Als Erstes fällt die Inkonsistenz bei beiden Methoden auf: Das Ergebnis scheint für den individuellen Fall nicht exakt voraussagbar. Es schwankt von großem Attachmentgewinn (Fall 5, 9) bis zum Verlust (18). Im „Durchschnitt“ aber verbessert sich das Operationsresultat beträchtlich.

- lized freeze-dried bone allograft = DFDBA] oder autogener Knochen (Abb. 4),
- 3. eine Barriermembran, um das Transplantatmaterial festzuhalten (Abb. 4 f) und/oder
- 4. ein koronaler Verschiebelappen zur vollständigen Abdeckung.

Außer den ästhetischen Überlegungen (d. h. um den Verlust von Gewebehöhe zu vermeiden oder zu minimieren) und dem Wunsch nach einer „Platzhalterfunktion“ gibt es eine Reihe weiterer Gründe für einen kombinierten Behandlungsansatz. In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl regenerativer Produkte eingeführt und viele Hersteller bieten zwei oder mehr regenerative Produktkategorien an, wodurch sie den kombinierten Behandlungsansatz fördern, um die maximalen Anforderungen an Regenerationspotenzial auszuschöpfen. Darüber hinaus legen klinische Erfahrung und die Überzeugung nahe, dass ein kombinierter Ansatz zu besseren Ergebnissen führt.

2001 haben Froum und Mitarbeiter einen klinischen Entscheidungsbaum entwickelt, um zu bestimmen, wann ein Schmelzmatrix-Derivat (EMD, Emdogain) nur allein und wann es kombiniert mit einem autogenen Knochentransplantat und einer Barriermembran verwendet werden sollte. Ihre Abwägung basiert auf dem Ziel, die EMD-Formulierung in Kontakt mit der erkrankten Wurzeloberfläche zu lang wie möglich zu halten – ein entscheidender Faktor für den Erfolg.

Ihr Entscheidungsbaum, der drei Äste besitzt, kombiniert biologische Prinzipien der Regene-

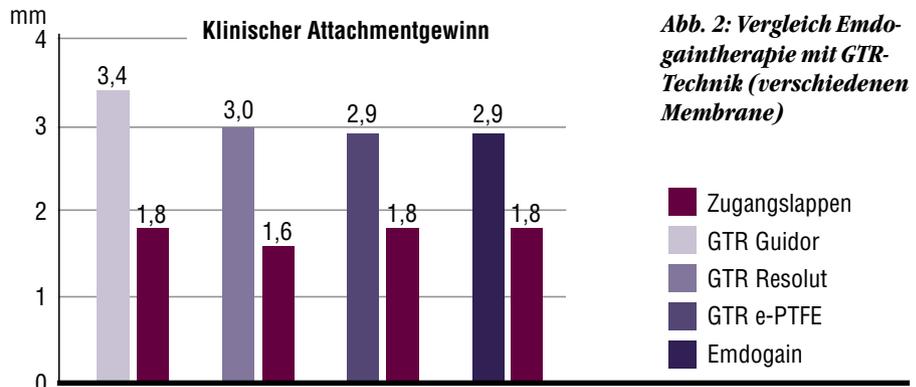


Abb. 2: Vergleich Emdogaintherapie mit GTR-Technik (verschiedenen Membrane)



Abb. 3: Biomedikation der gereinigten Wurzeloberfläche mit Pref-Gel (Straumann)



Abb. 4 – a: Darstellung des Knochen-defektes, b: Humanspongiosa-Block, c: vermengt mit Eigenblut, d: plus Knochenersatzmaterial (Bio Oss - Geistlich), e: Auffüllung des Knochendefektes, f: Abdeckung mittels resorbierbarer Bio Gide Perio Membran (Geistlich)

Patientenassoziiert	Therapieassoziiert
<p>Patientenverhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mundhygiene – Compliance (postoperativ kurzfristig und langfristig in der Erhaltungstherapie) <p>Systemische Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Vorliegen bestimmter parodontopathogener Keime – Diabetes mellitus Typ I – Strahlentherapie im Kopf- und Halsbereich (> 5,0 Gy) – Immunkomplex-Erkrankungen – Rauchgewohnheiten – Stress <p>Lokale Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Defekt- und Wurzelanatomie – Zugänglichkeit der Region – Volumen und Gestalt der Knochendefekte – Grad des Furkationsdefektes 	<p>Präoperative Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prävention von Infektionen <p>Chirurgisches Vorgehen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anästhesie – Schnittführung – Lappenbildung – Knochendefektbearbeitung – Materialauswahl – Wundverschluss <p>Postoperative Faktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> – Infektions- und Plaquekontrolle – Entfernung der Membran – Zahnstabilität /-mobilität

Tabelle 3: Einflussfaktoren auf das regenerative Ergebnis bei der Parodontaltherapie (Neukranz et al., 2000; Machtei & Schallhorn, 1995)

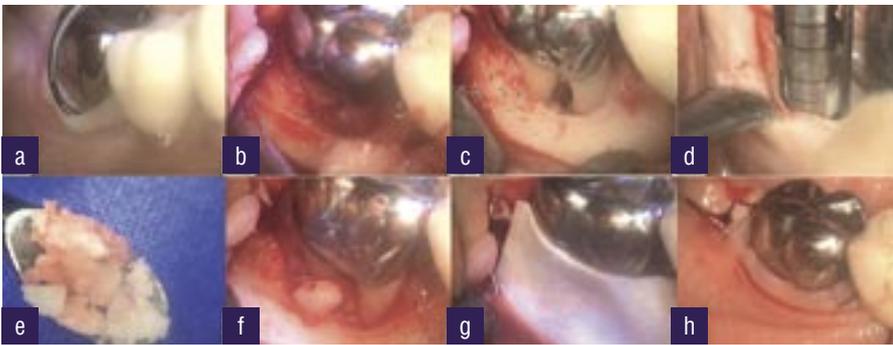


Abb. 5 – a: Ausgangsbefund, b: Darstellung des Knochendefektes/Granulationsgewebe vor Behandlung, c: Darstellung der Knochendefekte (im Furkationsbereich des fortgeschrittenen II. Grades) nach präziser Reinigung und manueller sowie maschineller Wurzelglättung, d: autologe Knochenentnahme mittels Trepanbohrer regio 38, e: autologe Knochen zerkleinert, f: autologe Knochen in Situ, g: Abdeckung des Defektes mittels resorbierbarer Bio Gide Perio Membran (Geistlich), h: Zustand nach Beendigung GTR



Abb. 5 i: postoperativer Röntgenkontrolle



Abb. 6a (links) – a: Ausgangsbefund radiographisch, b/c: Ausgangsbefund klinisch, d: autologe Knochen, e: autologe Knochen zerkleinert, f/g: Knochendefekte



Abb. 6b: Biomedikation mit Prefgel



Abb. 6c (unten links) – a/b/c/d: Medikation von Emdogain, e/f: autologer Knochen in Situ, g: Medikation von Emdogain auf autologen Knochen, h/i: Abdeckung mittels resorbierbarer Bio Gide Perio Membran (Geistlich)



Abb. 6d: Zustand nach GTR radiographisch/klinisch

ration mit Aspekten der Defektmorphologie bzw. Defektanatomie.

1. Bei tiefen, gut begrenzten Defekten kann EMD alleine verwendet werden. Dazu gehören zwei- und dreiwandige intraossäre Defekte und Krater, die das EMD gut im Bereich der betroffenen Wurzeloberfläche(n) zurückhalten. Bei diesem Ast wird, wie bei den beiden anderen vor der EMD-Applikation, die Wurzeloberfläche mit EDTA konditioniert.
2. Bei mittleren bis tiefen und breiten, nicht begrenzten Defekten kann EMD mit einem autogenen Knochentransplantat kombiniert werden, um den Kontakt der Formulierung mit der Wurzeloberfläche zu verbessern und mit einem Platzhalter den Lappen zu stützen (Abb. 6a, b, c und d) Zuerst wird EMD auf die Wurzeloberfläche appliziert und dann das Transplantat in den Defekt eingebracht. Das Transplantatmaterial kann zuvor mit EMD gemischt werden. Dann wird EMD über das Transplantat appliziert („EMD-Sandwich“), bevor der Lappen zum primären Wundverschluss nach koronal verschoben wird.
3. Bei horizontalen oder flachen intraossären Defekten wird nach Applikation von EMD und Einsetzen eines autogenen Transplantats eine bioresorbierbare Barriere-membran verwendet, um das regenerative Material zusätzlich zu fixieren.

Ein Platzhalter als solcher muss nicht erforderlich sein. Es kann argumentiert werden, dass während der parodontalen Regeneration auf natürliche Weise Platz geschaffen wird, bestimmt durch den Entwicklungs-/Regenerationsprozess, wobei ein biologischer Wegweiser als „Befehlsgeber“ für die Zelfunktion enthalten ist. So wird bei einem rein biologischen Ansatz aus der Platzhalterfunktion die Vermeidung eines Verlustes an Gewebeshöhe. Hinzu kommt, dass bei Verwendung eines Transplantatmaterials als Platzhalter die Wundstabilität und damit die Aussicht auf einen insgesamt erfolgreichen parodontalen Eingriff verbessert werden kann.

Die Berücksichtigung dieses klinischen Entscheidungsbaumes und der vier Faktoren, die als wichtig für die Heilung angesehen werden (d. h. Konditionierung der Wurzeloberfläche vor EMD-Applikation, Achten auf Wundstabilität, dauerhafter primärer Wundverschluss der Weichgewebslappen und Unterstützung des Weichgewebes), sollte dem Zahnmediziner ein hilfreiches Ins-

trument für optimale Ergebnisse und höhere Vorhersagbarkeit sein.

Bei der Behandlung breiterer Defekte mit unterstützendem EMD äußern Kliniker oft die Befürchtung, dass die Viskosität der EMD-Formulierung möglicherweise nicht die erforderliche Weichgewebsunterstützung liefert. Beim Vorliegen breiter intraossärer Defekte kann die Viskosität die Menge der für die parodontale Regeneration vorhandenen Wurzeloberfläche einschränken. Wie Froum und Mitarbeiter (2001) in ihrem Entscheidungsbaum vorschlagen, ist ein Ansatz zur Überwindung dieses Problems bei breiteren Defekten und solchen, die eine zusätzliche Weichgewebsunterstützung benötigen, die Kombination von EMD und Knochenersatzmaterial. Auf diese Weise können die biologischen Eigenschaften von EMD neben und der Gewebe stützenden Transplantatmaterials und ihre biologischen Eigenschaften möglicherweise des Ergebnis der regenerativen Therapie bei fortgeschrittenen parodontalen Defekten enorm verbessern. So haben beispielsweise Boyan und Mitarbeiter (2000) Daten geliefert, die zeigen, dass der Zusatz von EMD zu einem handelsüblichen DFDBA-Präparat das osteoinduktive Potential von DFDBA erhöhen kann.

Obwohl Froum und Mitarbeiter (2001) die Verwendung eines autogenen Knochentransplantats empfehlen, ziehen viele Kliniker Alлотransplantate oder synthetische Materialien vor. Zusätzlich zu DFDBA können bioaktive Gläser, die als alloplastischer Knochenersatz verwendet werden, mit EMD gemischt werden, um die viskositätsbedingten Einschränkungen der EMD-Formulierung bei breiten Läsionen zu überwinden. Biogläser lassen sich klinisch gut verarbeiten und besitzen gewisse hämostatische Eigenschaften. Humanhistologische Ergebnisse aus Studien zur Beurteilung der Heilung intraossärer Defekte nach Behandlung mit Biogläsern haben jedoch gezeigt, dass sie, obwohl osteokonduktiv, nur ein begrenztes Potenzial zur Hemmung des epithelialen Tiefenwachstums haben. Andererseits führte Bioglas in Kombination mit EMD zur Bildung neuen Zements mit verbundener parodontalem Ligament und verbesserter Mineralisation um die Bioglas-Partikel herum. Demnach scheint das regenerative Potential von EMD bei Kombination mit einem Bioglas zur Verbesserung der Gewebeunterstützung bei breiten Defekten nicht blockiert zu sein.

In einer neueren experimentellen Studie an Pavianen zeigten Cochran et al. (2003), dass EMD auf einer zuvor plaqueinfizierten Wurzel in intraossären Defekten von 1-6 mm Breite die Bildung beachtlicher Mengen von neuem Zement, Sharpeyschen Fasern, parodontalem Ligament und Knochen stimulieren kann. Dies wurde in Abwesenheit von exogenen Wachstumsfaktoren, Knochenersatzmaterialien und Barriere-membranen demonstriert. EMD kann demnach, wie in dieser und anderen Studien gezeigt, auf histologischer Ebene mit oder ohne zusätzliche regenerative Materialien sogar bei breiten parodontalen Defekten sehr effektiv sein.

Kombinationstherapie bei Furkationsbeteiligung

In der Parodontaltherapie ist allgemein bekannt, dass Molaren bei unbehandelter Erkrankung den höchsten Grad an Zerstörungen zeigen, am häufigsten durch parodontale Erkrankungen verloren gehen und dass Furkationsbeteiligungen die größte Herausforderung bei der Behandlung darstellen. In der Vergangenheit wurden verschiedene Techniken zur Verbesserung der Behandlungsergebnisse bei Furkationsbeteiligung propagiert. Die konservative Behandlung ist allgemein wirksam bei Furkationsbeteiligung ersten Grades (horizontaler Verlust des parodontalen Halteapparats von nicht mehr als einem Drittel der Zahnbreite). Eine ausgedehntere Intervention wie etwa Wurzelseparation oder Tunnelpräparation ist zur Infektionskontrolle bei Furkationsbeteiligung zweiten Grades erforderlich (horizontaler Verlust des parodontalen Halteapparats von mehr als einem Drittel der Zahnbreite). Regenerative Ansätze wurden ebenfalls vorgeschlagen, insbesondere für das Management von Defekten zweiten Grades im Unterkiefer. Bis heute ist die gesteuerte Geweberegeneration (GTR) das am besten dokumentierte und am häufigsten empfohlene Behandlungsverfahren für Regeneration und Verschluss dieser Defekte, das sich als angemessen effizient erwiesen hat. Zusätzliche Vorteile lassen sich möglicherweise durch Kombination von GTR mit verschiedenen Knochenersatztransplantaten (z. B. demineralisierten, gefriergetrockneten allogenen Knochentransplantaten) erzielen. Wesentlich ungünstigere Ergebnisse wurden bei Furkationsbeteiligung zweiten und dritten Grades (durchgängige Zerstö-

nung von Parodontalgewebe in der Furkation) im Oberkiefer berichtet, ungeachtet des Behandlungsansatzes.

Eine neuere systematische Übersicht über die gesteuerte Geweberegeneration bei Furkationsdefekten vom 4. Europäischen Workshop über Parodontologie (Jepsen, 2002) zeigte, dass GTR im Vergleich zur offenen Kürettage zu einer signifikant stärkeren Reduzierung der horizontalen Furkationstiefe (beurteilt bei Zweiteingriff), größerem Attachmentgewinn und Reduzierung der Sondierungstiefen führte. (Beim Zweiteingriff betrug die mittlere Differenz der Furkationstiefe zwischen GTR-Stellen und Kontrollstellen 1,5 mm bei Unterkiefer-Furkationen 2. Grades und 1,1 mm bei Oberkiefer-Furkationen 2. Grades.) Es wurde jedoch festgestellt, dass diese Ergebnisse als mäßig und variabel angesehen werden müssen. So bleibt es wünschenswert, neue Behandlungsmöglichkeiten zu entwickeln, um Ergebnis und Vorhersagbarkeit bei Zähnen mit Furkationsbeteiligung 2. Grades zu verbessern.

Obwohl Furkationsbeteiligungen 2. und 3. Grades eine komplexe Behandlungssituation darstellen (charakterisiert durch horizontalen Knochenverlust, ein hochgradig avaskuläres Zielgebiet, Fehlen von Vorläuferzellen und schwieriges Debridement), verbessert sich die Vorhersagbarkeit bei regenerativer Therapie, wenn der proximale Knochen höher als das Dach der Furkation ist (d. h. nahe der Schmelz-Zement-Grenze). Diese Höhe des approximalen Knochens bei Furkationen 2. Grades ermöglicht eine bessere Retention eines koronalen Verschiebelappens und einer Barrieremembran wie auch einen verbesserten Halt für ein Transplantat.

In einer neueren Studie (Jepsen, 2003) zur Behandlung von Furkationen 2. Grades im Unterkiefer mit koronal lokalisiertem, approximalen Knochen wurden die therapeutischen Wirkungen von Schmelzmatrix-Derivat (EMD, Emdogain) mit denen einer GTR-Behandlung verglichen. Beide Behandlungen führten zu signifikanten Verbesserungen der bukkalen Furkationsbeteiligung. Ebenfalls in dieser Studie erwies sich EMD hinsichtlich der Verbesserung des primären Ergebnisparameters, der Reduzierung der horizontalen Furkationstiefe beim Zweiteingriff, als bedeutend vorteilhafter als GTR (2,5 mm vs 1,7 mm). So hat EMD nach sorgfältiger Patientenauswahl bei regenerativer Behandlung von Unterkiefer-Furka-

tionsbeteiligungen 2. Grades das Potential für signifikante klinische Verbesserungen im Hinblick auf Reduzierung der Sondierungs- und Furkationstiefe sowie den klinischen Attachmentgewinn.

Man darf jedoch nicht vergessen, dass die Furkationsbehandlung immer noch zu ungünstigen Ergebnissen bei vielen Furkationsbeteiligungen 2. Grades, hier besonders im Oberkiefer, und 3. Grades führt. Obwohl über kurzfristige röntgenologische Veränderungen und Furkationsfüllung als Zeichen für parodontale Regeneration bei fortgeschrittener Furkationsbeteiligung berichtet worden ist, sind die Behandlungsansätze für diese Läsionen hochgradig techniksensibel und unvorhersagbar. Um diese Therapie klinisch vorhersagbar und effizient zu machen, werden neue Techniken benötigt. Die Behandlung der fortgeschrittenen Furkationsbeteiligung könnte profitieren von:

1. Zufuhr von Zellen (Aussaat von Stammzellen aus einem biologisch abbaubaren Gerüst oder aus Geweben)
2. Verwendung von Matrixproteinen, um Anweisungen für Zellfunktionen zu liefern
3. verstärkter Angiogenese und Revaskularisation
4. Entwicklung neuer Trägersysteme (autogener Knochen oder Kollagen basierende oder synthetische Trägersubstanzen) für Signalmoleküle
5. verbesserten chirurgischen Techniken (Mikrochirurgie)
6. koronalen Verschiebelappen (zur Perio- stabdeckung von Furkationseingängen)

Mit der Einführung kombinierter Therapien auf der Grundlage dieser Empfehlungen könnten das Behandlungsergebnis und die Langzeitprognose von Furkationsbeteiligungen verbessert werden.

Bewertungskriterien für den Therapieerfolg

Der Erfolg der Parodontaltherapie ist das Ergebnis eines komplexen Versorgungsprozesses, wobei die Regeneration nicht mit der Wahl des Therapiekonzeptes oder des Ersatzmaterials allein gelungen ist. Im Wesentlichen tragen andere Faktoren, z. B. eine gute Mundhygiene und ein postoperatives Recallprogramm zum Erfolg bei (Cortellini 1996, Machtei et al. 1994). Ein Recallprogramm umfasst eine

Kontrolle der Wundheilungsphase und des Hygiene- und Zahnstatus des Patienten nach einer Parodontaltherapie durch regelmäßige und konsequente Wiedereinbestellung von ein- bis zu sechsmal im Jahr (Erhaltungstherapie in Abhängigkeit vom Erkrankungsgrad)). Alle Therapieoptionen erfordern eine gute Mitarbeit des Patienten im Sinne einer effektiven, konsequent über Jahre durchgeführten Mundhygiene (Zimmermann 1994).

Die Compliance, definiert als Mitarbeit des Patienten im Interesse des Therapieziels, ist also für den Erfolg der Behandlung von entscheidender Bedeutung. Die Einflussfaktoren auf das regenerative Ergebnis können jedoch nicht nur patienten-, sondern auch therapieasoziiert definiert werden (Neukranz et al. 2000, Machtei & Schallhorn 1995).

Implantologie-Master für Zahnärzte

Berlin (tzb/dgi). Kürzlich ging in Berlin das dritte Erstsemester des neuen Studiengangs „Master of Science in Oral Implantology“ an den Start. In Zusammenarbeit mit der Steinbeis-Hochschule Berlin, einer staatlich anerkannten privaten Hochschule mit Promotionsrecht, hat die Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) diesen postgradualen und berufs begleitenden Master of Science in der Implantologie damit erfolgreich etabliert.

Die Spezialisierung ist in der Zahnmedizin nicht mehr aufzuhalten. Eine steigende Zahl von Zahnärztinnen und Zahnärzten engagiert sich weit über das übliche Maß für ihre persönliche Fortbildung – aus zwei guten Gründen: Erstens wollen sie mit den aktuellen Trends in der Zahnmedizin Schritt halten. Zweitens erwarten auch die Patienten von ihren Zahnärzten bei besonderen Leistungen wie etwa der Implantologie inzwischen Expertenwissen. Die steigenden Zugriffszahlen auf die Mitgliederliste der DGI-Homepage verrät: Patienten informieren sich über die Qualifikation ihrer Behandler und suchen Spezialisten in der Region.

Auch im Jahr 2006 werden jeweils zwei Semester im Frühjahr und Herbst starten. Das Angebot richtet sich an approbierte Zahnärztinnen und Zahnärzte mit einer mindestens zweijährigen zahnärztlichen Berufserfahrung. Das Studium dauert 24 Monate.

Therapieerfolge langfristig sichern

14. Kongress für Präventive Zahnheilkunde in Frankfurt am Main

Frankfurt (je). Auf dem 14. Deutschen Kongress für Präventive Zahnheilkunde, der dieses Jahr in Frankfurt am Main stattfand, gab es hinreichend Gelegenheit, die entscheidenden Parameter für einen dauerhaften Behandlungserfolg in der Zahnheilkunde im Allgemeinen und speziell in Parodontologie und Implantologie zu diskutieren.

Die wissenschaftliche Leitung des Kongresses mit hochkarätigen Experten und Wissenschaftlern hatten in diesem Jahr Prof. Dr. Peter Eickholz (Direktor der Frankfurter Poliklinik für Parodontologie am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde), Prof. Dr. Johannes Einwag (Zahnmedizinisches Fortbildungszentrum Stuttgart) und Dr. Dieter Langsch (Leiter der blind-a-med-Forschung, Schwalbach) übernommen.

Einen interdisziplinären Einstieg in das Thema Nachsorge lieferte Dr. Martin Hartmann (Heidelberg), der über seine Erfahrungen mit dem „Recall in der HIV-Ambulanz der Universitäts-Hautklinik“ berichtete. Der Vortrag betonte die die gesamte Medizin betreffende Wichtigkeit der Thematik und stellte so einen Schulterschluss dar zwischen Zahn- und Humanmedizinern. In der Humanmedizin sind „Recall-Systeme“ bislang noch nicht üblich. In die Spezialsprechstunden für chronische Erkrankungen, wie die einer HIV-Ambulanz, kommen Patienten jedoch häufig zur Wiedervorstellung. Denn oft haben sie Beschwerden oder brauchen teure Medikamente, die andere Ärzte nicht verschreiben würden. Trotzdem werden immer wieder Patienten mit schweren Zweiterkrankungen stationär aufgenommen, die in der Sprechstunde die Folgetermine nicht mehr wahrgenommen haben. Der Referent versuchte diese „nachsorgeresistente“ Patientengruppe näher zu charakterisieren. Mit seinem Team hatte er den Kontakt zu HIV-Patienten aufgenommen, die sich seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorgestellt hatten.

In seinem Vortrag über die „Bedeutung systematischer Nachsorge für den Langzeiterfolg zahnmedizinischer Therapien“ widmete sich Tagungsleiter Prof. Dr. Johannes Einwag der Frage, ob eine Diskussion über systemati-

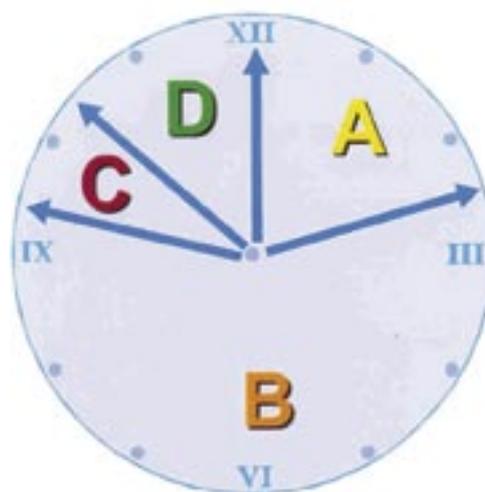
sche Nachsorge überhaupt noch zeitgemäß ist. Mehrere Langzeituntersuchungen auf dem Gebiet der allgemeinen Prävention und der Parodontologie dokumentieren die Bedeutung der Nachsorge, 95 Prozent der deutschen Zahnärzte halten Prophylaxe heute für unverzichtbar. In vielen anderen Bereichen der Zahnmedizin ist hingegen deutlich weniger Forschung mit nachhaltiger Perspektive betrieben worden. Das betrifft insbesondere die Kerngebiete der restaurativen Zahnheilkunde, die Füllungstherapie sowie die zahnärztliche Prothetik, wo meist nur verschiedene Materialien miteinander verglichen werden. Offensichtlich besteht also noch erheblicher Forschungsbedarf, um den Wert einer systematischen Nachsorge für den Langzeiterfolg restaurativer Maßnahmen zu belegen. Diese Aufgabe ist besonders dringlich, wenn man sich die begrenzten finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens vor Augen hält.

Prof. Dr. Thomas Kocher (Greifswald) referierte über die „Langzeitergebnisse nach Standard-Parodontitistherapie“. Er ging dabei auf Risikofaktoren wie Rauchen, Diabetes, soziale

Herkunft, Geschlecht sowie auf zahnbezogene Faktoren wie Attachmentverlust, Lockerung und Entzündungen der Zahnwurzelgabelung ein. Er verglich auch, welche Folgen Extraktionen in der Initialphase gegenüber Extraktionen im Recall haben. In Studien der 70er und 80er Jahre zeigte sich, dass ca. 80 Prozent der Parodontitis-Patienten über einen Zeitraum von zehn bis 20 Jahren nur sehr wenige Zähne verlieren. Rund ein Fünftel der Patienten verlor jedoch mehr als drei Zähne. Vermutlich sind diese Patienten der Diagnose „Aggressive Parodontitis“ zuzurechnen. Das Fazit des Referenten war klar: Langzeiterfolge sind nur möglich, wenn Patienten auch regelmäßig den Zahnarzt zur Erhaltungstherapie aufsuchen.

Über „Langzeitergebnisse nach resektiver Parodontitistherapie“ informierte Dr. Bettina Dannewitz (Heidelberg). Dabei beleuchtete sie verschiedene Aspekte der resektiven Knochenchirurgie, der Wurzelentfernung (Furkationstherapie) und der Zahnfleischentfernung (Gingivektomie). Wird die Knochenresektion kombiniert mit einer Verschiebung des Zahnfleisches in Richtung Wurzelspitze, können

Die Recallstunde (nach Lang et al. 1998)



- A** Untersuchung
Diagnose
(10-15 Minuten)
- B** Remotivierung
Reinstruktion
Instrumentation
(30-40 Minuten)
- C** ggf. Behandlung
reinfizierter Stellen
(Zeitbedarf je nach Umfang
ggf. auch in eigener Sitzung)
- D** Politur
Fluoridierung
Festlegen des nächsten
Recalltermins
(8 Minuten)

„Das strukturierte Recall – was kann, was muss?“ lautete der Vortrag von Dr. Beate Schacher. Die zeitliche Gliederung der Recallstunde verdeutlicht das geplante Vorgehen im Rahmen eines strukturierten Recalls. Der Zeitbedarf für die einzelnen Abschnitte variiert dabei je nach dem individuellen Patientenfall.

Abb.: Schacher

im Vergleich zu herkömmlichen parodontalchirurgischen Eingriffen Zahnfleischtaschen zuverlässig und schnell eliminiert werden. Problematisch sind hierbei jedoch funktionelle und ästhetische Nachteile durch den starken postoperativen Zahnfleischrückgang. Langzeitstudien über resektive Verfahren zur Behandlung von Molaren mit Knochenabbau im Bereich der Wurzelgabelung zeigen sehr unterschiedliche Ergebnisse. Auch die Entfernung von Zahnfleischwucherungen (die verstärkt u. a. als Nebenwirkung von Medikamenten auftreten) wurde kritisch diskutiert. Der Vortrag ordnete den Stellenwert verschiedener Therapiemöglichkeiten ein und stellte vor, welche Alternativen ein langfristig stabiles Behandlungsergebnis erzielen können.

Im Programm für das zahnmedizinische Fachpersonal widmete sich PD Dr. Christof Dörfer (Heidelberg) dem Thema „Hilfsmittel der häuslichen Mundhygiene bei Parodontitis-Patienten“. Täglich die mikrobielle Plaque mechanisch zu entfernen, ist nach wie vor eine der wichtigsten Maßnahmen zur Prävention von intraoralen Entzündungen. Dies gilt besonders für den Schutz vor weiteren Erkrankungen bei Parodontitis-Patienten. Dabei stellen die Interdentalräume die wichtigsten „Hot Spots“ für einen parodontalen Attachmentverlust dar, neben den Aufgabelungen der Zahnwurzel. Neu entwickelte Hilfsmittel für die Interdentalraumreinigung sind daher eine Chance, mehr Akzeptanz bei der Bevölkerung zu finden. Auch auf dem Gebiet der manuellen und elektrischen Zahnbürsten sind viele Neuerungen auf dem Markt, die die tägliche Zahnreinigung verbessern und erleichtern sollen. Der Referent gab einen Überblick, wie effizient und sicher verschiedene Hilfsmittel sind. Darüber hinaus wurden Hinweise für deren Indikation, die praktische Anwendung und die Umsetzung der Anwendungsempfehlungen gegeben.

Miriam Heyne (Stuttgart) sprach in ihrem Vortrag über „Professionelle Implantathygiene“. Viele Patienten sind nach einer Implantation künstlicher Zahnwurzeln mit der dazu gewonnenen Lebensqualität sehr zufrieden. Andere leiden unter Entzündungen („Periimplantitis“). In schlimmeren Fällen wird dann eine Explantation notwendig. Die Referentin betonte die Bedeutung der Mundhygiene und der regelmäßigen professionellen Reinigung, um einen langfristigen Erfolg zu sichern. Das Praxisteam und der Patient müssen dazu schon lange vor dem operativen Eingriff mit einer

Behandlung beginnen. Die Vorbehandlung der Implantatpatienten wird individuell gestaltet und zielt auf ein dauerhaft optimales Reinigungsergebnis ab. Die Auswahl geeigneter Instrumente und Mundhygienehilfsmittel ist dabei ein fester Bestandteil. Regelmäßige professionelle Kontrolle - mit der professionellen Zahnreinigung als zentralem Bestandteil - ist ganz offensichtlich ein entscheidender Faktor für den Langzeiterfolg.

Am zweiten Kongresstag diskutierte Prof. Dr. Peter Eickholz (Frankfurt) in dem Referat „Langzeitergebnisse nach regenerativer Parodontitistherapie“, was als Langzeiterfolg zu werten ist und wovon dieser abhängt. Denn die Verfahren und Materialien der regenerativen Parodontitistherapie sind aufwändig und kostspielig, so dass kurzfristige Erfolge kein zufriedenstellendes Ergebnis sind. Die Mehrzahl klinisch kontrollierter Studien laufen jedoch nur über einen Beobachtungszeitraum von sechs bis 12 Monaten. Hier zeigen sich regenerative Verfahren im Vergleich zu konventionellen Behandlungsmethoden überlegen. Nach einer parodontalen Infektion können entzündliche Prozesse den Zahnhalteapparat zerstören. Dieser kann bei bestimmten Defekten mit regenerativen Therapien wie der gesteuerten Geweberegeneration (GTR) oder dem Einsatz von Schmelz-Matrix-Proteinen (SMP) wiederhergestellt werden. Für die Therapie von Knochentaschen und Grad-II-Furkationsdefekten (also Zahnwurzelgabelungen, die nicht durchgängig, aber mehr als 3 mm sondierbar sind) erzielen diese Verfahren in Studien bessere Ergebnisse als herkömmliche Methoden wie nicht-chirurgisches Scaling, Wurzelglättung und Zugangslappenoperation.

Über die „Langzeitergebnisse nach Implantation“ berichtete Prof. Dr. Andrea Mombelli (Genf). Mehrere Implantatsysteme sind über viele Jahre untersucht worden. Dabei zeigte sich, dass Implantate mehr als zehn Jahre erfolgreich erhalten werden können, wobei die Verluste durchschnittlich im Bereich von fünf Prozent liegen. Bestimmte Faktoren beeinflussen das Behandlungsergebnis eindeutig negativ. So waren die Überlebensraten der Implantate deutlich schlechter, wenn die Patienten ihre Zähne durch eine Parodontitis verloren hatten. Diese Gruppe litt auch häufiger an Periimplantitis als andere Patienten. Bei einem Viertel der Patienten traten technisch-mechanische Komplikationen wie Bruchschäden und Verluste der Verankerung durchschnittlich bereits fünf Jahre nach Eingliederung einer implantatgetragenen Rekon-

struktion auf. Der Referent betrachtete Kosten und Komplikationen und kam zu dem Schluss: Eine Parodontalbehandlung und das Vermeiden einer Rekonstruktion sind weitaus günstiger als ein Implantat plus Rekonstruktion.

Parallel zum Programm für die Zahnärzte hielt Prof. Dr. Dorothee Heckhausen (Berlin) für die Mitarbeiter das erste Referat des zweiten Tages. Sie erläuterte in ihrem Vortrag „Langzeitmotivierung“, welchen Einfluss das Praxisteam auf das Mundhygieneverhalten des Patienten nehmen kann. Oft trifft das neu erlernte Verhalten des Patienten auf altbekannte Muster im Alltag und kann sich nicht dauerhaft durchsetzen. Didaktisch gut angelegte Rehabilitationsprogramme hingegen erreichen eine langfristige Verhaltensänderung. Das gelingt dann, wenn die Patienten über eine einmalige Aufklärung hinaus in weiteren Prophylaxeterminen ihre erlernten Strategien stabilisieren können. Die Bereitschaft des Patienten, solche Termine wahrzunehmen und das Gelernte umzusetzen (auch „Compliance“ genannt) hängt stark damit zusammen, welche Priorität er dem Thema Mundhygiene gibt. Das Praxisteam sollte nicht nur Wissen und manuelle Fertigkeiten vermitteln, sondern auch zu einer veränderten Einstellung beitragen. Demotivations Tendenzen oder ein Rückfall in alte Verhaltensweisen müssen aktiv, verständnisvoll und urteilsfrei thematisiert werden. Dies gilt auch, wenn die Patienten mit Abwehrmechanismen oder Widerstand reagieren.

Mit ihrem Vortrag „Das strukturierte Recall - was muss, was kann?“ gab Dr. Beate Schacher (Frankfurt) Tipps, wie in einer parodontologisch beziehungsweise implantologisch ausgerichteten Praxis mit der unterstützenden Erhaltungstherapie ein langfristiger Behandlungserfolg gesichert werden kann. Entscheidend ist hierbei ein strukturiertes Recall-Programm, das vom gesamten Praxisteam getragen wird. Die Referentin gab einen Überblick über die wesentlichen Maßnahmen innerhalb der Erhaltungstherapie und beantwortete Fragen wie: Welche Maßnahmen sind unverzichtbar, um stabile parodontale bzw. periimplantäre Verhältnisse aufrechtzuerhalten? Wie können Unter- und Überbehandlungen vermieden werden? Welcher Ablauf ist für die einzelne Recallsitzung sinnvoll? Anhand verschiedener Patientenfall-Situationen wurden die Behandlungsschritte veranschaulicht.

Das Finale des Kongresses für Zahnärzte und Mitarbeiterinnen gemeinsam bildeten zwei

Vorträge zum Thema „Nachsorge konkret“. In dem ersten Referat „Individuelle Risiko-Diagnostik und -Behandlung in der klinischen Parodontologie“ skizzierte Dr. Christoph A. Ramseier (Ann Arbor/USA) das Vorgehen nach einer erfolgreich abgeschlossenen Parodontalbehandlung. Für die parodontale Langzeitbetreuung müssen das individuelle Risiko sowie das „Recall-Intervall“ ermittelt werden. Je nach Risikoeinstufung wird die parodontale Erhaltungstherapie in einem Abstand von drei, sechs oder zwölf Monaten angeboten. Wissenschaftlich erwiesen ist, dass regelmäßige Recalls sowohl die Neubildung von Karies als auch den Attachmentverlust zum Stillstand bringen können. Dabei lässt sich das parodontale Risiko leicht anhand von sechs Parametern bestimmen: des prozentualen Blutens auf Sondieren, der Anzahl von parodontalen Taschen mit einer Sondierungstiefe von mehr

als 4 mm, der Anzahl fehlender Zähne, des prozentualen Alveolarknochenverlustes, der Anwesenheit von beeinträchtigenden systemischen Faktoren wie Diabetes mellitus Typ I und schädlicher Verhaltensfaktoren wie Rauchen oder Stress. Die individuelle Risiko-Behandlung sollte auch die Intervention bei pathogenem Verhalten einschließen. Denn nach neueren Studien ist neben der Verbesserung der Mundhygiene der Verzicht auf das Rauchen die zweitwichtigste Maßnahme in der Behandlung von Parodontitis-Patienten.

Das zweite Referat lieferte Dr. Christopher Köttgen (Mainz) zum Thema „Organisation der Individualprophylaxe“. Wie stelle ich ein kompetentes Mitarbeiterteam zusammen? Wie motiviere ich meine Patienten? Welche Hürden gilt es zu überwinden, damit in einer „ganz normalen Praxis“ eine professionelle

Individualprophylaxe fachlich und betriebswirtschaftlich sinnvoll betrieben werden kann? Die Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen stand im Mittelpunkt seiner Ausführungen.

In der Abschlussdiskussion mit Prof. Dr. Johannes Einwag und Prof. Dr. Peter Eickholz wurde eines noch einmal ganz deutlich: Die Bedeutung der systematischen Nachsorge in den Bereichen Parodontologie und Implantologie ist unbestritten. Bezüglich der Bedeutung der Nachsorge für den Langzeiterfolg von Füllungen, Inlays, Kronen, Brücken und Teilprothesen liegen bislang jedoch nur äußerst spärliche Informationen vor. Hier besteht ein ganz klarer Forschungsbedarf. Die mit über 300 Teilnehmern gut besuchte Veranstaltung hat einen erheblichen Beitrag geleistet, dieser vernachlässigten Thematik mehr Öffentlichkeit zu verschaffen.

Forschungspreise von Fachgesellschaften

Greifswalder Zahnmediziner häufig vertreten

Berlin (tzb/idw). Auf der Jahrestagung aller in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) organisierten wissenschaftlichen Gesellschaften Ende Oktober in Berlin mit knapp 6000 teilnehmenden Zahnärzten aus ganz Deutschland wurden Zahnmediziner der Universität Greifswald mit drei Preisen ausgezeichnet. Dr. Florian Mack (Universitätspoliklinik für Zahnärztliche Prothetik, Alterszahnmedizin und Medizinische Werkstoffkunde Greifswald) von der Deutschen Gesellschaft für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde mit einem ersten Preis für den besten Vortrag eines Nichtabilitierten ausgezeichnet. Der Zahnmediziner untersuchte Zusammenhänge zwischen Ernährung, zahnärztlich prothetischer Versorgung und sozioökonomischen Bedingungen der Bevölkerung. Macks Auswertungen basierten auf dem Datenmaterial der bevölkerungsrepräsentativen Study of Health in Pomerania (SHIP) des Forschungsverbundes Community Medicine, an der 4310 Menschen im Raum Vorpommern teilgenommen hatten.

Die Arbeitsgruppe PD Dr. Mike John (Universität Halle), Dr. Wolfgang Micheelis (Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln) und

Prof. Dr. Reiner Biffar (Universität Greifswald) konnte den Preis der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde für die beste wissenschaftliche Publikation des Vorjahreszeitraumes in der Deutschen Zahnärztlichen Zeitschrift entgegen nehmen. Das Team hat sich mit den Möglichkeiten der Auswertung von mundbezogener Lebensqualität in großen epidemiologischen Studien wie der Deutschen Mundgesundheitsstudie IV des Instituts der Deutschen Zahnärzte und der SHIP der Universität Greifswald befasst. So steht auch dieser Preis in enger Beziehung zum Forschungsschwerpunkt Community Medicine der Greifswalder Medizinischen Fakultät.

Der Posterpreis der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde wurde Dr. Christine Heyduck (Universitätspoliklinik für Kieferorthopädie/Präventive Zahnmedizin und Kinderzahnheilkunde Greifswald) verliehen. Ihr Thema bezog sich auf das Auftreten von Karies und die Verteilung über das Bundesland Mecklenburg-Vorpommern bei 15-Jährigen. Dabei griff sie auf Informationen der Schuleingangsuntersuchungen des Jugendzahnärztlichen Dienstes in Mecklenburg-Vorpommern zurück.

Dental Student Award 2005 vergeben

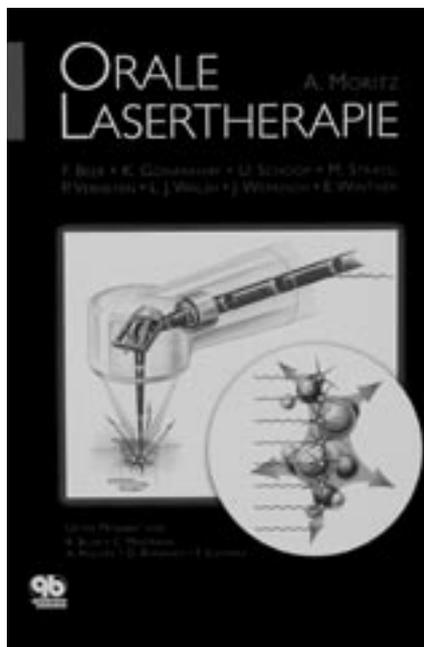
Berlin (tzb/idw). Während des 35. Internationalen Kongresses der European Society of Esthetic Dentistry (ESED) und der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie (DGZI) in Berlin erhielt Kristina Stefanie Heinen, Studentin der Zahnmedizin am Universitätsklinikum der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen, den „Dental Student Award 2005“. Der Preis für Zahnmedizinstudenten wurde in diesem Jahr erstmalig für herausragende Arbeiten zur Umsetzung ästhetischer Aspekte bei der Versorgung mit Zahnersatz in verliehen. Zum Wettbewerb zugelassen waren Studierende der Zahnmedizin an europäischen Universitäten, die für die eingereichten Patientenfälle hauptverantwortlich gewesen sind oder den größten Teil selbst therapiert haben. Die Siegerarbeit dokumentierte eine so genannte Full-Mouth-Restoration-Behandlung. Neben der aufwändigen Sanierung von zwei Quadranten mit Vollkeramik wurden Füllungen und Wurzelkanalbehandlungen sowie ein In-Office-Bleaching durchgeführt. Aufgrund der Komplexität der Behandlung sowie der einzelnen Therapieschritte ist die Versorgung mit Vollkeramik bei Behandlungen durch Studierende außergewöhnlich. Die Arbeit zeigte, dass Funktion, optischer Eindruck sowie der Anspruch nach einer gesundheitsverträglichen Restauration durch die Versorgung mit Vollkeramik zur Zufriedenheit aller Beteiligten erreicht werden kann.

Pflichtlektüre vor dem Lasern

Mit „Orale Lasertherapie“ beschäftigt sich nach über fünf Jahren wieder ein Buch aus dem Quintessenzverlag komplex mit den Therapiemöglichkeiten mittels Laser in der Zahnmedizin. Nachdem es in den letzten Jahren ziemlich ruhig geworden war zu dieser Thematik und sie auch von der Industrie kaum noch beworben wurde, behandelt dieses ziemlich umfangreiche Werk alle Anwendungsgebiete von Lasern in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und stellt einen einzigartigen Wissensfundus auf diesem Gebiet dar. So beschäftigt es sich eingehend mit allen Indikationen, wie der lasergestützten Kavitätenpräparation, den Vorzügen des Lasereinsatzes im Rahmen der Endodontie oder der lasergestützten Parodontaltherapie – um nur einige Themenkomplexe zu nennen. Einleitend werden die Laserphysik sowie arbeitsschutzrelevante Grundlagen sehr ausführlich behandelt. Dies ist sehr beachtlich und hilft meines Erachtens dem Einsteiger sehr wesentlich bei der Anwendung der oralen Lasertherapie. Selbstverständlich kommen auch jüngere Indikationen, wie das lasergestützte Bleaching, Softlaseranwendungen oder die Behandlung hypersensibler Zahnhälse nicht zu kurz.

Die vermittelten Informationen bieten gleichermaßen den wissenschaftlichen Hintergrund der jeweiligen Indikation wie auch eine detaillierte Anleitung zur praktischen Anwendung. Für die wissenschaftliche Untermauerung der Therapieverfahren soll als Beispiel nur im Kapitel lasergestützte Kavitätenpräparation die Darstellung der Oberflächeneigenschaften mittels verschiedener rasterelektronischer Darstellungen und die Untersuchung der Haftfähigkeit und Randschlussdichte laserpräparierter und mit Adhäsivtechnik versorgten Kavitäten erwähnt werden.

Das Buch ermöglicht dem Neueinsteiger einen von Beginn an erfolgreichen und verantwortungsvollen Umgang mit der innovativen Lasertechnik. Umfangreiche Falldokumentationen versetzen den Leser in die Lage, Therapieziele abzuschätzen und das Erreichte mit den Ergebnissen anderer erfahrener Anwender zu vergleichen. Das Buch kann ohne Übertreibung als „Pflichtlektüre“ für jeden auf dem Gebiet der Laserzahnheilkunde tätigen Anwender bezeichnet werden.



Andreas Moritz **Orale Lasertherapie**

Quintessenz Verlags GmbH, Berlin 2005
550 S., 750 Abb., Hardcover
ISBN 3-87652-593-4
228 € (278 € ab 1.1.2006)

Eine große Zahl von Co-Autoren haben an diesem Buch mitgewirkt, davon allein acht von der Universität Wien. Weitere Autoren sind aus Luxemburg, Belgien, Italien, den USA und aus Deutschland (einmal Universität Düsseldorf). Leider sind die einzelnen thematischen Abhandlungen namentlich keinem Autor zugeordnet. Jedes Kapitel wird mit umfangreichen Literaturquellen abgeschlossen.

Neueste Erkenntnisse vermisst

Unter dem Aspekt der Transplantation in der zahnärztlichen Implantologie werden Biologie und Gewinnung von Knochen betrachtet. Die von mir insgeheim erhoffte Darstellung der Knochenregeneration in der Parodontologie nach neuesten Kenntnissen fehlt aber leider. Lediglich im ersten Teil kann man in der Knochenbiologie ein neueres Verständnis für den Gesamtkomplex erarbeiten. Der Autor beschreibt das Ziel seines Buches folgendermaßen: „Es soll den Zahnarzt mit einem suffizienten Verständnis für den Knochen und Knochen transplantationen ausrüsten, damit er in der Lage ist, therapeutische Entscheidungen bei der Implantatversorgung zu treffen.“ Dazu hat er das Thema dreigeteilt: Es beginnt mit einem Überblick über



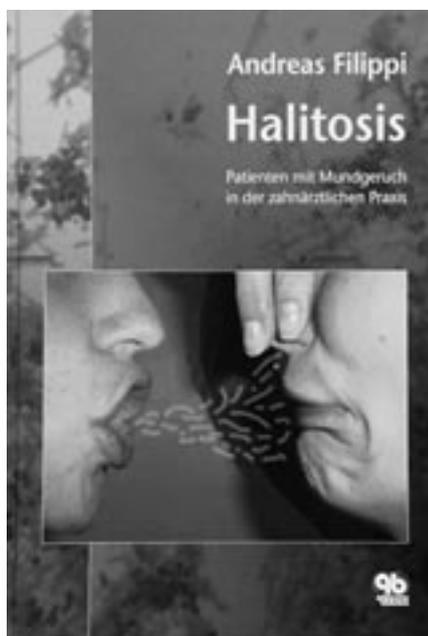
Arun K. Garg **Knochen**

Quintessenz Verlags GmbH, Berlin 2005
280 S., 900 Abb., Hardcover
ISBN 3-87652-672-8, 158 €

Knochenbiologie, Knochenaufbaumaterialien, Membranen und Defektypen. Der zweite Teil beschreibt die chirurgischen Techniken und möglichen Komplikationen bei der Gewinnung von Knochentransplantaten, gefolgt von einem Abschnitt über Operationstechniken. Das Werk schließt mit einem Ausblick auf die Knochenwachstumsfaktoren, die gegenwärtig verfügbar sind und erforscht werden. Das Buch ist mit 900 farbigen Abbildungen anschaulich aufbereitet, gut recherchiert und schließt eine Lücke in der einschlägigen Literatur. Es ist dem implantologisch tätigen Zahnarzt, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen sowie dem Oralchirurgen sehr zu empfehlen.

Behandlung eines anröchigen Problems

Dieses kleine Buch spricht endlich einmal in konzentrierter Form die Probleme von Mundgeruch bzw. Halitosis an. Mundgeruch ist ein relativ häufig vorkommendes Problem. Er ist nicht nur Hinweis auf mögliche Veränderung im Bereich der Verdauungsorgane, sondern ebenso sozial und beruflich kompromittierend. Betroffene Patienten wünschen sich nichts mehr, als endlich dauerhaft von ihm befreit zu werden. Umso erstaunlicher ist es, dass kaum Ärzte bzw. Zahnärzte wissen, wie Mundgeruch korrekt behandelt wird. Die Folgen sind unnötige und teilweise



Andreas Filippi (Hrsg.)

Halitosis

Quintessenz Verlags GmbH, Berlin 2005
96 S., 84 (84 farbig, 0 s/w) Abb.
ISBN 3-87652-878-X, 48 €

teure Behandlungen bis hin zu operativen Eingriffen, ohne dass der Mundgeruch sich verbessert. Dabei ist nach Meinung des Autors alles ganz einfach, wenn man weiß, was man als Arzt oder Zahnarzt beachten muss. Das vorliegende Buch beschreibt die Grundlagen der Mundgeruchsentstehung sowie detailliert Diagnose- und Therapiekonzepte, die sich im Rahmen professioneller Halitosis-Sprechstunden bewährt haben.

Das Buch soll Zahnärzten ermöglichen, eine kompetente und erfolgreiche Mundgeruchssprechstunde innerhalb der eigenen Praxis zu eröffnen. Gleichzeitig wird es Studierenden der Zahnmedizin und Medizin, Zahnmedizinischen Fachhelferinnen und Dentalhygienikerinnen, aber auch Ärzten das aktuelle Wissen und die Grundlagen der Thematik zum Wohle ihrer späteren Patienten übersichtlich vermitteln. Irritierend ist die Untertitelung, wonach das Buch ein Kompendium für Zahnärztinnen, Dentalhygienikerinnen usw. sei. Und die Männer unter den Zahnärzten? Sind diese von Halitosispatienten befreit? Abgesehen davon finde ich dieses Büchlein sehr interessant, weil mit sehr gutem Bildmaterial die verschiedensten Ursachen für Mundgeruch dargestellt werden – und das auf sehr komplexe Art und Weise.

Inhaltsübersicht:

1. Einleitung (A. Filippi)
 2. Epidemiologie (M. M. Bornstein)
 3. Entstehung von Halitosis (J. Meyer)
 4. Orale Ursachen (A. Filippi)
 5. Nicht-orale Ursachen (J. T. Lambrecht)
 6. Psychologische/psychiatrische Ursachen (D. Nagel)
 7. Messung von Mundgeruch (R. Seemann)
 8. Die Mundgeruchssprechstunde (A. Filippi)
 9. Effektive Behandlung von Halitosis (A. Filippi)
 10. Recall und Prognose (M. M. Bornstein)
 11. Materialien und Produkte (A. Filippi)
- Literatur/Sachregister

Das vielfältige Wesen

Diese große Bild-Enzyklopädie mit 2200 Fotografien und Illustrationen war in der Ankündigung etwas irritierend. Ich hatte mir wesentlich mehr vom „Innenleben“ und der Funktion des Menschen als Inhalt vorgestellt. Allerdings war ich dann angenehm enttäuscht, dass das Buch Themen aufgegriffen hat, die in ihrer Komplexität den Menschen als Individuum, aber auch in seiner sozialen Umwelt bestimmen.

Wo kommen wir her, was macht uns aus, wer sind wir? Diese opulent ausgestattete



Robert Winston (beratender Herausgeber)

Der Mensch

Dorling Kindersley Ltd. London 2005
512 S., über 2200 Abb. (Farbfotografien, Zeichnungen und Grafiken), geb. mit Schutzumschlag
ISBN 3-8310-0762-4, 49,90 €

Bild-Enzyklopädie lässt keine Frage zum Thema „Mensch“ unbeantwortet. Auf Basis des neuesten Forschungsstands, mit exzellenten Farbfotografien, innovativen Grafiken und leicht zugänglichen Texten findet sich hier ein umfassender Abriss aller wichtigen Bereiche. Von der Evolution über Aufbau und Funktionsweise des Körpers bis zu Bewusstseins- und Persönlichkeitsentwicklung; von der Erziehung über Familienleben, Riten und Rechts- und Wirtschaftssystemen bis zu Medien, Kunst und Wissenschaft. Über 300 Völkerporträts informieren über die Vielfalt der Kulturen weltweit. Religionen werden ebenso dargestellt wie die Entwicklung von Sprache und Schrift und die verschiedenartige Darstellung der Entwicklung der Kommunikation. Das Buch ist eine Kombination aus wissenschaftlicher Informationsfülle und spektakulärer Bilddokumentation, die auch Ausblicke in die Zukunft des „computerisierten“ Menschen nicht scheut.

*Texte: Dr. Gottfried Wolf/
Verlagsangaben*

Online-Magazin für Implantate

Ratingen (tzb/ots). Seit fünf Jahren informiert die Internetplattform www.implantate.com Patienten und Zahnärzte rund um Zahnimplantate. Mittlerweile begrüßt die Seite 40 000 Besucher im Monat, die sich über die Möglichkeiten der Implantatbehandlung informieren. Patienten erhalten Auskünfte vom Behandlungsablauf über Kosten bis zu den Risiken von Implantationen sowie Hilfe bei der Suche nach Spezialisten. Monatlich werden fast 10 000 Suchanfragen nach Implantat-Spezialisten in Deutschland und der Schweiz gestellt. Zahnärzte finden Fachinformationen, komplettiert mit Nachrichten aus Gesundheits- und Standespolitik sowie von Berufsverbänden.

In Deutschland werden jährlich mittlerweile circa 400 000 Implantatbehandlungen durchgeführt, Tendenz steigend. Mit den Neuregelungen beim Zahnersatz rechnen Implantologen mit einer weiter steigenden Nachfrage, da auch Kassenpatienten einen Zuschuss für Implantate erhalten.

Internet: www.implantate.com

KZBV: Festzuschuss-System ist stimmig

Zwischenbilanz vorgelegt – Änderungsbedarf bei Reparaturen

Berlin (tzb/kzbv). Das Versorgungsniveau beim Zahnersatz für gesetzlich Krankenversicherte ist nach Einführung der Festzuschüsse nahezu unverändert geblieben. Dieses Fazit zog die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) zehn Monate nach dem Start des Festzuschuss-Systems. Die KZBV hat die Auswirkungen der Einführung der Festzuschüsse erstmals auf Basis validierter Daten belegbar geprüft und einer umfassenden Analyse unterzogen. Die Ergebnisse legte die KZBV jetzt dem Bundesgesundheitsministerium vor. „Das Versorgungsniveau wird gehalten, die Kassenzuschüsse der Patienten sind fast durchweg gleich hoch wie im letzten Jahr und die Zahnärzte rechnen sehr moderat ab. Das System ist also stimmig.“ Mit diesen Worten fasste der Vorsitzende der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Dr. Jürgen Fedderwitz, auf einer Pressekonferenz die vorgelegten Ergebnisse zusammen.

Für mehr als 97 Prozent aller Versicherten hat sich demnach beim Versorgungsniveau, gemessen am vorherigen System, nichts geändert. Auch die Höhe der Kassenanteile bewegt sich derzeit nahezu auf bisherigem Niveau. Die Versichertenanteile sind bei den meisten Versorgungsgleich geblieben. Im Reparaturbereich besteht Korrekturbedarf wegen zu niedriger Festzuschüsse. In allen anderen Bereichen sind die Festzuschüsse korrekt ermittelt worden.

Dass die Krankenkassen seit Jahresbeginn 2005 weniger für Zahnersatzleistungen ausgegeben haben, hängt nach Einschätzung der KZBV mit Systemumstellungseffekten zusammen, ist aber nicht auf das System selbst zurückzuführen. Bei gesunkenen Fallzahlen sind die Fallwerte – die Ausgaben pro Fall – nahezu unverändert geblieben. Mittlerweile weist die Entwicklung – abgesehen von der Übergangsphase der ersten Monate – eindeutig auf eine Stabilisierung in Höhe der Vorjahreswerte. Die Kassenausgaben erreichten im Juli 2005 fast 90 Prozent des Vorjahresniveaus. Die Fallzahlen lagen im Juli 2005 fast auf Vorjahreshöhe. Auch die Fallwerte bei den Neuversorgungen hatten im Juli 2005 fast wieder die Höhe aus dem Vorjahr erreicht.

2006 werden die Kassenausgaben für Zahnersatz nach den Erwartungen der KZBV selbst

Vergleich der Ausgaben der Krankenkassen für Zahnersatz 1. Halbjahr 2005 ggü. 1. Halbjahr 2004			
	Über die KZVen abgerechnete Beträge	Über die KZVen abgerechnete Beträge (incl. Direkt- abrechnungsfälle*)	Statistik KV 45 (BMGS)
Beträge in Tsd. EUR			
I/2004	910.885	910.885	882.633
II/2004	917.009	917.009	906.195
1. Hj. 2004	1.827.894	1.827.894	1.848.828
I/2005	471.477	475.873	518.788
II/2005	606.515	678.500	652.214
1. Hj. 2005	1.077.992	1.154.373	1.171.000
Veränderung 2005/2004			
I. Quartal	-48,2%	-47,8%	-41,2%
II. Quartal	-33,9%	-26,0%	-32,5%
1. Halbjahr	-41,0%	-36,8%	-36,7%

Direktabrechnungsfälle = zwischen dem Zahnarzt und den Versicherten direkt abgerechnete Fälle

Datenquellen: Statistik KV 45 des BMGS
Frequenzstatistik der KZBV
Direktabrechnungsfälle: andersartige Versorgungen, Hochrechnung auf Stichprobenbasis

Vergleich der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz seit Einführung der Festzuschüsse. Grafik: IDZ

bei unveränderten Verhältnissen weiter ansteigen, in einzelnen Monaten bis zu 118 Prozent.

Grund: Basis für die Verhandlungen der Festzuschüsse waren die Ausgaben für Zahnersatz im Jahr 2004 in Höhe von 3,312 Milliarden Euro. Wenn die Fallzahlen sich weiter normalisieren, die Fallwerte sich aber wie in den Monaten Mai bis Juli 2005 unverändert fortschreiben, werden die Ausgaben der Kassen 2006 auch ohne Veränderung der Festzuschüsse schon 3,356 Milliarden Euro betragen. Kommen also 2006 genau so viele Patienten zur Zahnersatz-Behandlung wie 2004, wird das zur Verfügung stehende Volumen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschöpft. Das bedeutet in der Konsequenz: Jede Veränderung in Struktur und Höhe der Festzuschüsse

muss zu Ausgabensteigerungen führen, die durch die Beiträge nicht gedeckt sind. Davor warnte Fedderwitz: „Wer unter diesen Umständen glaubt, Struktur oder Höhe der Festzuschüsse leichtfertig antasten zu können, der gräbt das nächste große Finanzierungsloch in der GKV.“

Obwohl das Versorgungsniveau laut Datenlage von der Selbstverwaltung korrekt von 2004 nach 2005 übertragen und auch die Höhe der Festzuschüsse richtig berechnet wurde, gibt es Teilbereiche im neuen System, in denen Nachbesserungen ohne Gefährdung der Gesamtsystematik sinnvoll und machbar sind. Im Bereich der Reparaturen ist eine diesen Kriterien entsprechende Änderung erwägenswert: Die Datenlage weist aus, dass die Reparaturen zwar in der Häufigkeit je 100 Fälle im ersten

Halbjahr 2005 deutlich zugenommen haben, dass die in den Verhandlungen verabschiedeten so genannten doppelten Festzuschüsse für diesen Bereich aber in Einzelfällen hinter den durchschnittlichen tatsächlichen Kosten zurückbleiben.

Reparaturen machen über 50 Prozent der Gesamtfallzahl aus. Eine Erhöhung der Festzuschüsse für einzelne Reparaturpositionen dürfte sich daher spürbar finanzwirksam für die Krankenkassen niederschlagen.

Anders sieht es im kontrovers diskutierten Bereich der Teleskopkronen aus. Hier hat sich nach Datenlage im Vergleich des Zeitraumes Mai bis Juli eine Reduzierung von 10,4 auf 8,6 auf 100 Fälle ergeben. Die strengere Indikationsstellung bei Teleskopkronen war vom Gesetzgeber ausdrücklich gewünscht. Die in diesem Bereich erzielte moderate Einsparung sollte gezielt die Finanzierung anderer Positionen (z. B. Suprakonstruktionen) kompensieren, die den Anschluss an den zahnmedizinischen Fortschritt ermöglichen. Nach Datenlage werden derzeit rund 17 Prozent der Teleskopversorgungen nicht mehr erbracht. 20 Prozent der andersartigen Versorgungen sind schon jetzt implantatgestützte prothetische Versorgungen.

Der Zahnärzteschaft attestierte Fedderwitz einen äußerst verantwortungsvollen Umgang mit dem neuen System. Da wo Privatleistungen anfielen, würden sie sehr moderat abgerechnet. „Die Zeche zahlt also nicht der Patient. Das weiß man auch im Ministerium“, so Fedderwitz weiter. Vereinzelt geäußerte Befürchtungen, dass die zwischen Patient und Zahnarzt im Bereich Zahnersatz nach Systemwechsel möglichen Privatliquidationen andersartiger Leistungen von den Zahnärzten über das normale Maß ausgenutzt werden, haben sich nach den vorliegenden Datenerhebungen nicht bestätigt. Im Gegenteil liegen die für den seitens der Bevölkerung gut angenommenen Bereich der zahnmedizinisch hochwertigeren Lösungen angesetzten GOZ-Faktoren sogar leicht niedriger als im alten System.

Die positiven Ergebnisse ihrer umfangreichen Erhebungen sieht die KZBV durch einen Forschungsbericht des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ) bestätigt. Damit sei belegt, dass Zahnärzte und Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss ihre Arbeit ordentlich gemacht hätten.



Die KZBV-Spitzen Dr. Wolfgang Eßer, Dr. Jürgen Fedderwitz und Dr. Horst Buchholz bei der Übergabe der Festzuschuss-Zwischenbilanz an Klaus-Theo Schröder (2.v.r.), alter und neuer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium. Foto: KZBV

Kassen sehen es anders

Angeblich Mehrbelastungen für Patienten

Bonn (tzb/ots). Zeitgleich mit der Zwischenbilanz der KZBV haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen ihrerseits eine regionale Zwischenauswertung des Festzuschussystems vorgelegt. Ihr Fazit in einer gemeinsamen Presserklärung der Krankenkassen-Spitzenverbände lautet: Beim Zahnersatz müssen Versicherte seit Einführung der Festzuschüsse im Januar 2005 deutlich mehr privat zuzahlen als noch im Vorjahr. Grund sei die häufigere Entscheidung für gleich- oder andersartige Versorgungen, die nach der GOZ berechnet werden.

Basis für die Einschätzung der Kassen ist die Auswertung von Heil- und Kostenplänen in einem einzigen Bundesland – Bayern – und bei einer einzigen Kassenart – der AOK Bayern. Ausgewertet wurden demnach rund 160 000 zwischen Januar und September 2005 zur Genehmigung vorgelegte Heil- und Kostenpläne, die mit knapp 190 000 Heil- und Kostenplänen, einschließlich vorgelegter Mehrkostenvereinbarungen, aus dem Vorjahr verglichen worden.

Ergebnis: In den ersten drei Quartalen 2005 wurden in 55 Prozent der Fälle statt der Regelversorgung eine gleichartige oder anders-

artige Versorgung geplant. 2004 belief sich der Anteil der Mehrkostenvereinbarungen auf etwa ein Drittel aller Zahnersatz-Fälle von bayerischen AOK-Patienten. Die durchschnittlichen Gesamtkosten je geplantem Fall stiegen um 13 Prozent von 1277,40 Euro (2004) auf 1443,34 Euro (2005).

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben eine wissenschaftliche Studie bei der Hamburger Planungsgruppe M+M AG in Auftrag gegeben, deren Ergebnisse Ende 2005 vorliegen werden. Auf dieser Basis wollen sie dem Gesetzgeber konkrete Vorschläge machen, wie die Zahngesundheit in Deutschland weiter gesichert und wie die Benachteiligung weiterer Bevölkerungskreise bei der Zahngesundheit behoben werden kann.

Nach Ansicht der gesetzlichen Kassen sollten Heil- und Kostenpläne für gesetzlich Krankenversicherte den Anforderungen solcher Pläne für Privatversicherte entsprechen. Darüber hinaus wünschen sie sich die Möglichkeit, für ihre Versicherten mit den Zahnärzten auch Tarife für die gleichartigen und andersartigen Leistungen vereinbaren zu können, um deren Abrechnung nach GOZ auszuschließen.

Warnung an Politik: „Tafelsilber nicht ruinieren“

Zahnärzte gegen gleiche Honorare in GKV und PKV

Berlin (tzb). Die alte und neue Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) ist mit ihrem Vorschlag, die Gebühren für ärztliche Behandlungen neu zu regeln, auf Entzündung bei Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung gestoßen. Ulla Schmidt wolle „das Tafelsilber des Gesundheitswesens ruinieren“, kritisierte der KZBV-Vorsitzende Dr. Jürgen Fedderwitz. BZÄK-Präsident Dr. Dr. Jürgen Weitkamp sah einen Versuch, die „Bürgerversicherung durch die Hintertür“ einzuführen.

Hintergrund sind Äußerungen Schmidts, gesetzlich und privat krankenversicherte Patienten gleichberechtigt zu behandeln. Der „Berliner Zeitung“ sagte sie wörtlich: „Unser Ziel ist, dass medizinische Leistungen gleich honoriert werden, egal ob sie für einen privat oder für einen gesetzlich versicherten Patienten erbracht werden. Denn ob der Arzt einen Blinddarm operiert, der einem privat Versicherten gehört, oder einem gesetzlich Versicherten – die medizinische Leistung ist dieselbe.“

Laut Fedderwitz würden die Pläne der Ministerin den Ruin für die zahnärztlichen Praxen bedeuten. Die Honorare für Kassenpatienten seien mittlerweile soweit abgesenkt, dass ein wirtschaftliches Arbeiten ohnehin schon schwierig geworden sei. Eine Absenkung der Privathonorare würde die Situation weiter zuspitzen. Zudem seien die Vorstellungen ordnungspolitisch völlig verfehlt, Deutschland habe ein funktionierendes System privater Krankenversicherungen.

An die Adresse der CDU/CSU schickte der Zahnärztechef einen klaren Appell: „Wir hoffen, dass die Union diesen gesundheitspolitischen Irrsinn nicht mitträgt und dafür sorgt, dass wieder Vernunft in die gesundheitspolitische Debatte einkehrt. Sonst stehen wir in Kürze vor den Scherben unseres Sozialversicherungssystems.“

BZÄK-Präsident Weitkamp reagierte außerordentlich entrüstet auf Schmidts Äußerung, Ärzte müssten Patienten auch zum Standardtarif behandeln. Schmidt hatte in der „Berliner Zeitung“ gesagt: „Wer zugelassener Arzt ist, soll Menschen zum Standardtarif behandeln müssen... Es soll für alle Ärzte gelten, auch die, die nur Privatpatienten haben. Denn auch solche Ärzte unterliegen dem Berufsrecht.“ Dies hält Weitkamp für eine Zumutung, die für den Berufsstand der Zahnärzte „nicht hinnehmbar“ sei.

Die gesundheitspolitischen Planungen im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD kritisierte Weitkamp als in sich widersprüchlich und insgesamt äußerst unglaubwürdig: Ein Behandlungszwang zu „Ramschpreisen“ im privatärztlichen Bereich schränke die freiheitliche Berufsausübung dramatisch ein. Weitkamp sieht im Behandlungszwang mit einer drastisch beschnittenen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) den verzweifelten Versuch, das System mit aller Gewalt finanzierbar zu halten. Ein solcher Schritt widerspreche aber der geltenden Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, seine Zulässigkeit sei sehr zweifelhaft. Die Auswirkungen einer solchen Regelung im privatärztlichen Bereich könnten für viele Praxen verheerend sein, befürchtet Weitkamp. Die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demographiefestes Gesundheitswesen, die der Koalitionsvertrag als Zielsetzung ausbehalte, werde im Festhalten an einer völlig überholten Systematik jedenfalls nicht gelegt. Liberalität könne er nur insofern erkennen, als die Koalitionspartner sich neue Freiheiten in der Zwangsregulierung erschlossen, so der BZÄK-Präsident. Der Berufsstand werde sich dagegen mit allen Mitteln wehren, kündigt Weitkamp an.

SPD und Union haben in ihrem Koalitionsvertrag gemeinsam festgelegt, die Arztgebühren neu zu regeln. Wie das gemeint ist, interpretieren beide Seiten unterschiedlich.

Patientenmehrheit für Gleichstellung

Hamburg (ots). Eine überwältigende Mehrheit der Deutschen hat sich dafür ausgesprochen, dass Privat- und Kassenpatienten bei medizinischen Leistungen gleichgestellt werden. Eine repräsentative Umfrage des Hamburger Magazins „stern“ ergab, dass 79 Prozent der Bundesbürger die von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) geforderte Gleichstellung befürworten. Nur 17 Prozent der Bundesbürger sind gegen die Gleichstellung von Privat- und Kassenpatienten. Das Meinungsforschungsinstitut Forsa hatte im Auftrag des „stern“ 1002 repräsentativ ausgewählte Bundesbürger befragt.

Allianz für Neuordnung von GOÄ und GOZ

München (ots). Die Allianz Private Krankenversicherungs-AG fordert eine grundlegende Neuausrichtung der Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte. Ähnlich wie in der gesetzlichen Krankenversicherung müssten Einzelleistungspositionen sachgerecht zu Abrechnungskomplexen zusammengefasst werden. Damit soll den aus Sicht der Allianz heute erkennbaren Mengenausweitungen bei der Abrechnung privatärztlicher Leistungen vorgebeugt werden. Zugleich plädierte die Versicherung dafür, dass auch Unternehmen der privaten Krankenversicherung Qualität und Vergütung der medizinischen Versorgung ihrer Kunden mit den Leistungserbringern vertraglich vereinbaren dürfen. Nur so könnten die Versicherer selbst echte Kostenverantwortung mit übernehmen.

Zusatzversicherung ohne Einschränkung

Dortmund (ots). Verbraucher sind nicht bereit, Einschränkungen bei Zahnersatz-Zusatzversicherungen hinzunehmen. Dies ergab die Continentale-Studie 2005. 49 Prozent der Verbraucher sprechen sich grundsätzlich gegen Angebote mit Einschränkungen aus. 41 Prozent würden sie nur bei entsprechend niedrigeren Beiträgen akzeptieren. Im Durchschnitt fordern die Verbraucher dafür 30 Prozent Nachlass. Immer mehr Versicherer bringen Tarife mit Summenbegrenzungen für Zahnersatz auf den Markt. Für die Continentale-Studie 2005 befragte das Meinungsforschungsinstitut TNS Emnid bundesweit repräsentativ 1244 Personen im Alter ab 24 Jahren.

Auch Großeltern benötigen Zahnaufklärung

Projekt „Zahngesundheit verbindet“ der Berliner Zahnärzte für ganze Familie

Berlin (ots). Die Zahnärztekammer Berlin hat bei ihren Bemühungen um eine verbesserte Mundgesundheit von Kindern eine neue Zielgruppe entdeckt: die Großeltern. Ihr Projekt „Zahngesundheit verbindet“ mit Informationsabenden richtet sich deshalb nicht nur an die Eltern, sondern auch an die Großeltern. Hintergrund: Während viele junge Mütter sich schon gut darin auskennen, wie sie Zahnschäden bei ihren Kindern vermeiden, machen manchmal Großeltern alle Bemühungen zunichte, in dem sie traditionelle Verhaltensmuster an den Tag legen.

Da wird beispielsweise der heruntergefallene Nuckel sauber gelutscht statt abgewaschen oder mit einem Tuch sauber gewischt, da man sich nicht bewusst sei, dass Karies eine Infektionskrankheit ist und durch Kariesbakterien auf das Kind übertragen werden. Babys kommen ohne diese Bakterien, die Zucker aus der Nahrung in zahnschädigende Säuren verwandeln,

auf die Welt und erhalten diese meist durch ihre Eltern oder Großeltern, die den „Wärmetest“ des Inhalts von Saugerfläschchen im Mund statt auf dem Handrücken machen und beim Füttern den gleichen Löffel wie das Kind benutzen. Auch der Fläschcheninhalt ist häufig ein Streitthema zwischen Eltern und Großeltern: Während viele junge Eltern bereits wissen, dass nur Wasser und selbstgebrühter Tee in Nuckelflaschen sinnvoll sind, wollen viele Großeltern ihren Enkeln mit Apfelsaft etwas Gesundes oder mit Instant-Tees etwas Leckeres zu trinken geben – allen Warnungen vor Nuckelflaschenkaries zum Trotz.

Vielen Großeltern, aber auch jungen Eltern ist nach Erkenntnissen der Berliner Kammer zudem nicht bekannt, dass auch in Muttermilch Milchzucker enthalten ist – mit dem Stillen bis zum Einschlafen sollte man daher spätestens dann aufhören, wenn sich die ersten Milchzähne zeigen. Dafür ist bei Kindern bis zum

Schulalter die Hilfe von Eltern und Großeltern beim regelmäßigen Zähneputzen erforderlich. Auch in der Frage, welche Zahnpasta für Kinder sinnvoll ist, sind die Großeltern oft nicht auf der Höhe der Zeit.

Die Empfehlung von Dr. Wolfgang Schmiedel, Präsident der Zahnärztekammer Berlin, lautet daher: Wer seinen Enkeln etwas Gutes tun will, soll die Eltern bei der nicht immer einfachen Zahngesundheits-erziehung unterstützen, sich als zahnpflegendes Vorbild zeigen und als Verwöhnprogramm den Enkeln statt Süßigkeiten lieber andere Formen von Zuwendung zukommen lassen. Zeit sei bei jungen Eltern oft ein rares Gut. Großeltern könnten hier beispielsweise mit Ausflügen oder Vorlesestunden bei den Enkeln nachhaltig für gute Laune sorgen – und mit konsequenter Beachtung der Mundgesundheit für schöne und gesunde Zähne, die nicht nur für die Ernährung wichtig, sondern auch ein „Schmuck“ seien.

Mehr HIV-Infektionen in Deutschland

Robert Koch-Institut alarmiert über die Entwicklung

Berlin (rki). Die Zahl der neu erkannten HIV-Infektionen in Deutschland ist nach Angaben des Berliner Robert-Koch-Institutes im ersten Halbjahr 2005 weiter angestiegen und liegt mit 1164 um 20 Prozent höher als im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Männer mit gleichgeschlechtlichen Sexualkontakten bleiben mit nahezu 60 Prozent der neu diagnostizierten HIV-Infektionen die größte Betroffenengruppe. Das Risiko, sich mit HIV zu infizieren, ist für homosexuelle Männer in Deutschland aktuell so groß wie nie in den letzten zwölf Jahren, nämlich fast doppelt so hoch wie noch vor vier Jahren. Dies ergibt eine Auswertung der HIV-Erstdiagnosen, die durch die Untersuchungslaboratorien an das Robert Koch-Institut in Berlin gemeldet werden. „Die Entwicklung bei diesen vermeidbaren Infektionen gibt Anlass zur Sorge. Weitere Anstrengungen sind nötig, um aufzuklären und zu vermitteln, dass es auch bei verbesserter Therapie keine Heilung der Erkrankung gibt“, sagte Reinhard Kurth, Präsident des Robert Koch-Instituts.

Am größten ist das Risiko in Großstädten wie Berlin, Hamburg, München, Köln und Frankfurt.

Die höchsten Raten neu diagnostizierter HIV-Infektionen werden in der Altersgruppe der 25- bis 45-jährigen Männer beobachtet. Weitere Informationen zur Entwicklung der HIV-Epidemie in Deutschland enthält der soeben erschienene HIV-Halbjahresbericht des Robert Koch-Instituts zu HIV-Infektionen und Aids-Erkrankungen in Deutschland (Datenstand 1. September 2005). Der bisherige Halbjahresbericht wurde grundlegend überarbeitet. Dies soll es den Lesern erleichtern, die für Prävention und Versorgungsplanung relevanten Informationen zu erfassen und auch regionale Vergleiche zu ziehen.

Betrachtet man nur die vorwiegend in Deutschland beziehungsweise von Personen deutscher Herkunft erworbenen Infektionen, so ist das Risiko einer HIV-Infektion für Männer circa 7,5mal größer als für Frauen. Letztere infizieren sich am häufigsten im Alter zwischen 20 und 30 Jahren. Das wichtigste HIV-Infektionsrisiko für Frauen in Deutschland sind heterosexuelle Kontakte mit Partnern aus anderen Hauptbetroffenengruppen (Herkunft aus einem Land mit hoher HIV-Prävalenz, Drogenabhängige, homosexuelle Männer).

Das wieder wachsende Risiko, sich mit HIV zu infizieren, geht mit einer rückläufigen Bereitschaft einher, sich bei sexuellen Kontakten mit neuen und noch unbekanntem Partnern konsequent durch die Verwendung von Kondomen zu schützen.

Die Bestimmung der HIV-Inzidenz (Anzahl der HIV-Neuinfektionen pro Zeiteinheit) ist mit den heute verfügbaren Methoden schwierig. Da Infektionsereignis und Test zeitlich weit auseinander liegen können, erlauben die Meldungen über HIV-Neudiagnosen nur bedingt einen indirekten Rückschluss auf den Infektionszeitpunkt. Weitere Faktoren, die die Meldedaten beeinflussen können, sind das Angebot von Testmöglichkeiten, die Inanspruchnahme solcher Testangebote und das Meldeverhalten der Ärzte. Da sich in letzter Zeit keine tief greifenden Veränderungen im Test- und Meldeverhalten ereignet haben, bieten die Meldungen über HIV-Neudiagnosen jedoch die bestmögliche Abschätzung des aktuellen Infektionsgeschehens.

Internet: www.rki.de

Arznei-Fachinformationen oft lückenhaft

Studie: Wichtige Auskünfte für verschreibende Ärzte fehlen

Heidelberg (tzb/idw). In den Fachinformationen von Arzneimitteln fehlen häufig wichtige Informationen für Ärzte und Apotheker. Dies hat eine Studie des Universitätsklinikums Heidelberg ergeben. Weil die ihnen zur Verfügung stehende Fachinformation veraltet, unvollständig oder ungenau ist, sind ihnen mögliche Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten oft nicht ausreichend bekannt, stellten die Heidelberger Universitätsmediziner fest.

Bei zwei Drittel der untersuchten Arzneimittelkombinationen entsprachen die Fachinformationen nicht dem aktuellen Stand der Wissenschaft. 16 Prozent der klinisch relevanten Wechselwirkungen wurden in den Fachinformationen überhaupt nicht erwähnt.

Ausgangspunkt der Studie waren die Antworten von 1216 Allgemeinmedizinern in Deutschland auf die Frage, welche Arzneimittelkombinationen ihrer Ansicht nach Wechselwirkungen hervorriefen. Die 65 Substanzen, die dabei mindestens dreimal genannt wurden, bildeten die Basis der Studie. 579 Zweierkombinationen dieser Substanzen, deren Wechselwirkungen in mindestens zwei

der drei internationalen wissenschaftlichen Standardquellen (DRUGDEX, Hansten/Horn's Drug Interactions Analysis and Management, Stockley's Drug Interactions) als klinisch relevant beschrieben sind, und die eine Reihe weiterer Kriterien erfüllten, wurden schließlich in die Studie einbezogen.

Nur für 251 Kombinationen werden in den Fachinformationen die richtigen ärztlichen Maßnahmen empfohlen. Bei 91 Kombinationen – das entspricht 16 Prozent – fehlte ein entsprechender Hinweis auf Wechselwirkungen. Bei 102 Kombinationen bezogen sich Angaben zu Wechselwirkungen in verfälschender Weise auf die gesamte Substanzklasse statt auf deren spezifische Substanzen. Bei 30 weiteren Kombinationen wurden die pharmakologischen Effekte ungenügend erläutert. Für 59 Kombinationen lassen sich die präzisen Angaben zur Dosisanpassung der Standardquellen in den Fachinformationen nicht wiederfinden.

Nur für 192 Arzneimittelkombinationen entspricht die Qualität der Fachinformationen demnach dem Stand der Wissenschaft. Ein Abgleich dieses Befundes mit den Verschrei-

bungsdaten für knapp 5000 ambulante Patienten ergab, dass immerhin 224 dieser Patienten mit fehlerhaft charakterisierten Arzneimittelkombinationen behandelt werden.

Die Fachinformation oder „Summary of Product Characteristics“ (SPC) ist ein gesetzlich vorgeschriebener und haftungsrechtlich bindender Bestandteil der Zulassungsunterlagen für jedes neue Medikament, aus der auch der Beipackzettel abgeleitet wird. Sie ist für Ärzte und Apotheker in Deutschland frei über das Internet zugänglich und wird besonders von Allgemeinmedizinern häufig als Entscheidungshilfe beim Verschreiben von Arzneimitteln konsultiert.

Die Heidelberger Wissenschaftler fordern deshalb verstärkte gemeinsame Anstrengungen von Wissenschaft, pharmazeutischer Industrie und Gesundheitsbehörden, die Fachinformation zu verbessern und aktueller zu machen. Vermutlich wirken sich solche Defizite auch negativ auf die Beipackzettel von Medikamenten, die Patienten über Wirkungen und Risiken der Arzneimittel informieren sollen, aus. Dies ist bislang jedoch noch nicht untersucht worden.

UNICEF-Hilfe für Aids-Kinder

Landes Zahnärztekammer Thüringen ruft zur Unterstützung auf

Erfurt (Izkth). Aids tötet mehr und mehr junge Menschen. Jeden Tag sterben über 1000 Kinder an den Folgen der Immunschwäche. Und täglich infizieren sich 6000 Jugendliche mit HIV. 15 Millionen Kinder hat die weltweite Epidemie schon zu Waisen gemacht. Doch Hilfe und Schutz gibt es nur für die allerwenigsten. Mit der Kampagne „Du und ich gegen Aids“ ruft UNICEF dazu auf, von Aids betroffenen Kindern zu helfen. HIV-positive Kinder brauchen dringend medizinische und psychosoziale Betreuung. Aids-Waisen sollen innerhalb der Dorfgemeinschaft Unterstützung erhalten und weiter zur Schule gehen können. UNICEF hilft zudem bei der Aufklärungsarbeit - der einzigen Chance, das tödliche Virus zu stoppen. Die Landes Zahnärztekammer

ruft die Thüringer Zahnärzte dazu auf, die Kampagne des UNO-Kinderhilfswerkes zu unterstützen.

Kinder und Jugendliche sind die vergessenen Opfer von Aids. Jede Minute stirbt ein Kind an den Folgen der Immunschwäche, das sind 500 000 im Jahr. Nur ein Bruchteil von ihnen wird medizinisch versorgt. Täglich infizieren sich 7500 junge Menschen unter 24 Jahren mit HIV. 15 Millionen Kinder hat Aids weltweit bereits zu Waisen gemacht - genauso viele Kinder wie in ganz Deutschland leben. Am schlimmsten ist die Situation im südlichen Afrika. Die Immunschwäche hat dort mühsam errungene Entwicklungserfolge zunichte gemacht. In vielen Dörfern fehlt die mittlere

Generation. Es sind vor allem die Großmütter, die sich um die Waisen kümmern. Immer mehr von ihnen sind jedoch ganz auf sich allein gestellt. Die medizinischen Fortschritte in den Industrienationen stehen im krassen Gegensatz zu den Auswirkungen von Aids in den Entwicklungsländern: Im Jahr 2004 starben mehr Menschen als je zuvor an den Folgen der Immunschwäche. Mit einer weltweiten Kampagne will UNICEF das Ausmaß der Katastrophe für Kinder und Jugendliche sichtbar machen und mehr Hilfe für von Aids betroffene Kinder mobilisieren.

Internet: www.unicef.de

Das Zauberwort heißt Motivation

Betrachtungen zur Mitarbeiterführung in Zahnarztpraxen

Von Dr. Heinz-Michael Günther

Gerade in der Vorweihnachtszeit stellt sich uns Praxisführern die Frage, wie kann ich meine Mitarbeiterinnen finanziell oder ideell ausstatten.

Dabei geht es uns wie den meisten Ärzten, denen die politischen Umstände, die missratenen Gesundheitsmodernisierungsgesetze, der überbordende Bürokratismus etc. Umsatz- und Einkommenseinbußen bescheren. Dass dies in der heutigen Zeit so klaglos von uns Zahnärzten „verkräftet“ wird, ist sicher bemerkenswert. Wenn aber die betriebswirtschaftliche Situation in einer Praxis nicht so toll ist, gibt es auch nicht (mehr) zu verteilen. Trotzdem erfordern gerade schlechte Zeiten ein besonders gutes Verhältnis zu unseren Schwestern und die entsprechende Honorierung ihrer Leistungen.

Denn: Im Regelfall arbeiten wir im Team, sind ergo von anderen Menschen abhängig. In Wirtschaftskreisen spricht man von Humankapital und weiß, dass der Mensch und sein Wissen zur wichtigsten Ressource in unserer Informationsgesellschaft geworden sind.

Der Mitarbeiter ist nicht länger austauschbarer Produktionsfaktor oder Kostenfaktor, sondern er kann zum Potenzialfaktor avancieren. Für die Zahnarztpraxis heißt dies: Mitwissen, Mitdenken, Mitentscheiden und Mitverantwortung übernehmen.

Der Praxischef oder die Praxischefin hat die Aufgabe, solche Mitarbeiter zu finden, auszubilden und zu führen. Dann kann ein bedeutendes Maß an Qualität in die Praxen einziehen! Merke: Wenn mitarbeiterorientiert geführt wird, dann kann die Helferin auch (sehr) gut patientenorientiert führen!

Ein solch anspruchsvolles Team zeichnet sich im Übrigen dadurch aus, dass es geistig beweglich ist, kritisch denkt, Kritik verträgt und originelle Ideen hat. Dabei erfährt es Zuwendung und nicht Ausbeutung durch den Chef. Das Patentrezept ist die hochmotivierte Helferin. Natürlich können nicht alle Angestellten diesem Anspruch gerecht werden. Wenn ich eine Mitarbeiterin mal eben so vorschnell

entlasse, ist es noch keine Garantie, dass es mit einer anderen besser wird. Jedenfalls gilt auch für unsere Teams der Grundsatz aus dem Sportbereich „Never change a winning team“.

Nach diesen allgemeinen Betrachtungen zurück zur Notwendigkeit, Anerkennung für unsere Damen an der Anmeldung oder am Patientenstuhl auszusprechen. Der alte schwäbische Erziehungsspruch „nicht gescholten ist gelobt genug“ bietet einen guten Einstieg in die Thematik. So sollte es eben gerade nicht sein, denn unausgesprochenes Lob ist wie vorenthaltener Lohn. Viele von uns scheinen dies zu vergessen und lobende Worte können Balsam für die Seele sein, schaffen zufriedene Mitarbeiter, auch wenn nicht gleich mit den Geldscheinen gewunken wird.

Das Zauberwort heißt also Motivation. Geld spielt nach meinen Umfragen (ZMF-Fortbildungskurse) schon eine große Rolle, vor allem bei den jüngeren Mitarbeiterinnen. Aber: Geld ist nicht alles. Je nach Alter, Einstellung und Praxiszugehörigkeit sind das Betriebsklima oder mehr Freizeit besonders wichtig. Lob erfahren möchten ebenso viele Mitarbeiterinnen. Mit diesen „Faktoren“ hat man ein wahrlich umfangreiches Instrumentarium zur Hand, mit dem man das Team beglücken kann. Ergo: Je nach Anlass lässt sich doch ein freier Tag gewähren oder wie wäre es mit einer Leistungszulage für besonders gelungene „Taten“ (Umsatzsteigerung bei Prophylaxe, exakte und schnelle Abrechnung, besondere Aufmerksamkeit bei der Assistenz, Übernahme von Verantwortung)? Auch kleine Präsente erhalten den Praxisfrieden und geben Anlass zur Zufriedenheit (Theater-, Kinokarten, Kabarett, je nach Gusto).

Ein besonderer Leckerbissen wäre noch ein Extrabonus, wenn z. B. eine Schwester während des Jahres/der Jahre nicht krank war oder bei langer Betriebszugehörigkeit. Auch der Gesunderhaltung unserer Angestellten müssten wir Rechnung tragen; wie wäre es denn, die Kosten für das Fitness-Studio oder den Beitrag für den Sportverein zu übernehmen? Summa summarum: die besten Mitarbeiterinnen sind glückliche Mitarbeiterinnen.

In diesem Sinne ein erfolgreiches neues Praxisjahr und Freude und Spaß beim Umsetzen der Tipps – und loben Sie schon mal Ihre Angestellten und... sich selbst.

Abschließend noch ein kluger Spruch von H.-G. Henkel: „Man kann die Schwächen weniger über Tadel verändern als die Stärken über das Lob.“

Der Autor ist niedergelassener Zahnarzt in Stegaurach und als Referent für die LZK Thüringen tätig.

Wir trauern um

Herr Zahnarzt
Prof. Dr. Max Erich Wolfgang Pilz
aus Arnstadt

* 15. November 1927
† 2. Dezember 2005

Landeszahnärztekammer Thüringen
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Wir trauern um

Frau Zahnärztin
Dipl.-Stom. Bettina Koloß
aus Erfurt

* 28. November 1955
† 24. November 2005

Landeszahnärztekammer Thüringen
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Wir trauern um

Herrn Zahnarzt
Dipl.-Stom. Uwe Rabold
aus Gera

4. Oktober 1960
† 24. November 2005

Landeszahnärztekammer Thüringen
Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen

Wir gratulieren!

zum 91. Geburtstag am 10.12.
Herrn SR Dr. Dietrich Romeick
in Erfurt

zum 83. Geburtstag am 03.12.
Herrn SR Dr. Norbert Müller
in Erfurt

zum 80. Geburtstag am 05.12.
Herrn Dr. Dr. Wolfgang Schalow
in Apolda

zum 80. Geburtstag am 12.12.
Herrn Prof. Dr. Dr. Georg Lange
in Jena

zum 77. Geburtstag am 18.12.
Herrn OMR Dr. Werner Holzheu
in Erfurt

zum 77. Geburtstag am 19.12.
Herrn Dr. Walter Koppelman
in Sonneberg

zum 75. Geburtstag am 03.12.
Herrn SR Dr. Heinz Richter
in Rudolstadt

zum 75. Geburtstag am 17.12.
Herrn SR Wolfgang Koch
in Bad Salzungen

zum 75. Geburtstag am 24.12.
Herrn SR Dr. Franz Dreuer
in Meiningen

zum 74. Geburtstag am 06.12.
Herrn MR Otto Beßler
in Heiligenstadt

zum 73. Geburtstag am 25.12.
Herrn Gernot Hoppmann
in Saalfeld

zum 73. Geburtstag am 29.12.
Frau Dr. Else Müller
in Erfurt

zum 72. Geburtstag am 15.12.
Frau Hannelore Morgenroth
in Weimar

zum 72. Geburtstag am 25.12.
Herrn Prof. Dr. Edwin Lenz
in Kiliansroda

zum 69. Geburtstag am 19.12.
Frau Dr. Heidrun Surber
in Erfurt

zum 69. Geburtstag am 27.12.
Frau Christa Wilinski
in Manebach

zum 68. Geburtstag am 18.12.
Herrn Siegfried Möller
in Weimar

zum 67. Geburtstag am 19.12.
Herrn Dr. Alfred Geiger
in Erfurt

zum 67. Geburtstag am 21.12.
Frau Gisela Schulz-Coppi
in Sonneberg

zum 66. Geburtstag am 04.12.
Herrn Dr. Lutz Engelhardt
in Gera

zum 65. Geburtstag am 04.12.
Frau Dr. Nora Schönherr
in Schmölln

zum 65. Geburtstag am 04.12.
Herrn OMR Dr. Joachim Richter
in Saalfeld

zum 65. Geburtstag am 08.12.
Herrn Dr. Klaus Schröder
in Hermsdorf

zum 65. Geburtstag am 13.12.
Herrn Klaus Schlegel
in Heiligenstadt

zum 60. Geburtstag am 29.12.
Herrn Dr. Helmut Weiße
in Rudolstadt

Antoniusfeuer und heilige zwölf Nächte

Alte Thüringer Volksbräuche rund um die Weihnachtszeit

Im ostthüringischen Pöbneck muss die Bescherung warten: Seit mehr als 500 Jahren feiern die Einwohner gemeinsam am Heiligabend das Lichterfest, erst danach gibt's zu Hause die Geschenke. In Schweina (Wartburgkreis) lodert alljährlich am 24. Dezember das Antoniusfeuer – in einigen Orten Thüringens werden auch heute teils uralte und anderenorts vielleicht schon vergessene Weihnachtsbräuche gepflegt.

In Pöbneck, der 14 000 Einwohner zählenden Stadt im Saale-Orla-Kreis, ist man davon überzeugt, dass das Lichterfest sogar bundesweit einmalig sei. Das Fest, bei dem sich die Pöbnecker nach dem Gottesdienst am frühen Abend mit Kerzen und Lampions auf den Marktplatz treffen, ist seit Mitte des 15. Jahrhunderts verbürgt. Es dürfte einen eher praktischen Ursprung haben: Im Mittelalter nahmen die Menschen selbstgezogene Kerzen mit, um den Weg zur Christmesse in der Stadtkirche auszuleuchten. Das Antoniusfeuer in Schweina, bei dem riesige Fackeln aus Reisig angezündet werden, dürfte hingegen mit uralten Sonnenwendritualen zusammenhängen.

Bereits für die Vorweihnachtszeit sind für Thüringen teils von Ort zu Ort variierende Bräuche überliefert. Kinder im Raum Jena, Pöbneck oder Schleiz etwa mussten nicht wie anderenorts bis zum Nikolaustag am 6. Dezember auf Süßigkeiten warten. Sie zogen am Andreastag (30. November) mit dem Spruch „Ich bin der kleine Andreas, liebe Leute gebt mir was“ von Tür zu Tür, um Süßigkeiten zu erbitten. Als „Zettelandreas“ ist der Tag teils noch heute bekannt. In anderen Regionen Thüringens waren derartige „Heischgänge“ am 21. Dezember, dem Thomastag, üblich. Andere Rituale wurden umso aktiver gepflegt. Im Orla-Raum etwa schlugen Mägde und Knechte am „Klingel- und Tängeltag“ (28. Dezember) ihre Herren mit Rosmarinzweigen, was Kraft und Glück für das kommende Jahr bringen sollte. Anderenorts zogen an den Klingeltagen Burschen durch die Gegend und verteilten zum selben Zweck rituelle Hiebe mit der Rute.

Aberglauben prägte vor allem die Zeit zwischen Heiligabend und dem Dreikönigstag am 6. Januar. In den so genannten zwölf heiligen

Nächten war beispielsweise Wäscheaufhängen strikt verboten. Man glaubte, damit böse Dämonen anzulocken, die sich in der Wäsche zu verfangen – und damit zu bleiben – drohten.



Ein harmonisches, friedvolles Weihnachtsfest und viel Glück für das Jahr 2006 wünscht Ihnen im Namen der Vorstände von Landeszahnärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Thüringen

Ihre tzb-Redaktion

Auch sonstige Hausarbeit war untersagt, ebenso wie Erbsen- und Krautessen. Wer sich dennoch am Kraut labte, dem „graute es“. Schuldner machte die Zwölf-Nächte-Regel ebenfalls Dampf – bis zum 6. Januar war Geliehenes zurück zu bringen. Und schließlich galt es, auf die Träume zu achten. Was man in den zwölf Nächten träumt, gehe in Erfüllung, versprach der Volksglauben.

Kein Weihnachten ohne besondere Speiseregeln – das galt bereits bei früheren Generationen. Beispielsweise war Aschkuchen strikt verpönt – weil der üblicherweise zum Leichenschmaus aufgetischt wurde. 1329 trat von Naumburg aus ein längst legendäres Festgebäck seinen Siegeszug an – der Stollen, der in Thüringen je nach Region auch Weck, Scheitchen oder Schittchen heißt. Noch bis in die

1980er Jahre hinein fertigten viele Hausfrauen in Thüringen die Kalorienbombe in mühevoller Hausbäckerei – wobei der Teig zu Hause bereitet und anschließend beim Bäcker in den Ofen geschoben wurde. Der Hausfrau blieb es anschließend vorbehalten, die fertigen Kuchenlaibe dick in einer Schicht aus Butter, Staub- und Vanillezucker zu wälzen. In DDR-Zeiten galt es, sich schon im Sommer auf die Jagd nach Zitronat, Orangeat, Rosinen und Mandeln zu begeben – unverzichtbare Zutaten für den Stollen. (Dafür reichte die Leckerei – gut durchzogen – mitunter auch bis ins Frühjahr.) Die bunten Weihnachtsteller vervollständigten zum Beispiel Eisenacher Pfefferkuchen, Andreaszöpfe oder Pfefferkuchenreiter.

Streng geregelt war früher bereits die Vorweihnachtszeit. Das weihnachtliche Plätzchenbacken etwa hatte am 25. November, dem Namenstag der Katharina, zu beginnen. Am 4. Dezember, dem Tag der Heiligen Barbara, schnitt man Obst- oder Forsythienzweige. Diese „Barbarazweige“ sollten bis zum Weihnachtsabend erblühen. Zurückzuführen ist dieser Brauch vermutlich auf Fruchtbarkeitsrituale.

Ein heute nicht mehr wegzudenkender Weihnachtsbrauch musste dagegen vor 200 Jahren noch gegen Bürokratie-Hürden ankämpfen. Die Sitte, Tannen oder Fichten zu schmücken, galt beispielsweise im Herzogtum Sachsen-Weimar als „erschreckliche Barbarey“. Der fürstliche Oberforstmeister von Wedell forderte den Landesherrscher Carl August auf, Weihnachtsbäume zu verbieten. Fünf Taler und 20 Groschen Geldstrafe oder 14 Tage Gefängnis drohte im Jahr 1775 denjenigen, die Tannen, Fichten oder Kiefern „zu den auf Weihnachten gewöhnlichen so genannten Christbäumchen zu missbrauchen“ wagten.

Jünger als die Sitte, zum Fest Bäume zu schmücken, ist die, den Weihnachtsmann Geschenke bringen zu lassen. In Thüringen kam sie erst um 1820 auf. 15 Jahre später verewigte Hoffmann von Fallersleben den bärtigen Alten. Sein Lied „Morgen kommt der Weihnachtsmann“ kennt heutzutage jeder.

Anzeige DH-Gera